

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

|                          |                           |                 |           |            |           |
|--------------------------|---------------------------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | JUAN ANTONIO BAENA LLANOS |                 | CC:       | 79521237   |           |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | JABAENA@YAHOO.COM         |                 | TELÉFONO: | 3112290616 |           |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | CL 107A 7A 50             |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |           |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA           | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 102550001 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |                                                  |              |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 1565 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 9.265.440 |
| 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 |                                                  |              |



JUAN ANTONIO BAENA LLANOS  
PS\_1565\_2025\_519A58

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN ANTONIO BAENA LLANOS

CC: 79521237

CEL: 3112290616

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

**JUAN ANTONIO BAENA LLANOS**

**CON C.C N°**

**79.521.237**

|                             |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> | 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. |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                              |                     |                              |                   |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 1565 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/01/01</b> |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |               |                             |           |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 55.592.640 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>96</b> |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------|

|                                                     |                |                                                  |              |
|-----------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 149.308.705 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 9.265.440 |
|-----------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|--------------|

|                                                |                         |
|------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b> | <b>TRECE (13) MESES</b> |
|------------------------------------------------|-------------------------|

|                                                      |                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b> | <b>HOSPITAL SANTA CLARA</b> |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> | <b>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS</b> |
|-------------------------------|---------------------------------------|

|             |                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(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° 3324458      | OPERADOR:     | MI PLANILLA         |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO        |
| SALUD:              | FAMISANAR       | 2026/01/13    | \$ 1.875.000        |
| PENSIÓN:            | COLPENSIONES    | 2026/01/13    | \$ 2.550.000        |
| RIESGOS LABORALES:  | SEGUROS BOLIVAR | 2026/01/13    | \$ 365.400          |
| OTRO                |                 |               |                     |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |                 |               | <b>\$ 4.790.400</b> |

**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**



JUAN ANTONIO BAENA LLANOS

PS\_1565\_2025\_519A58

**JUAN ANTONIO BAENA LLANOS**

**CC: 79521237**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS\_1565\_2025\_519A58

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**



*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS*

*PS\_1565\_2025\_519A58*

**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                                         | 79521237          | JUAN ANTONIO BAENA LLANOS |        | CALLE 107a 7a 50 | 6015284393         | jabaena@yahoo.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                         | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                   |
| ÚNICA                                      | I - Independiente |                           |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                   |
| <b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b> |                   |                           |        |                  |                    |                   |
| NO                                         |                   |                           |        |                  |                    |                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 13/01/2026               | 3324458         | \$5.090.400   |     |

**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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017     | Famisanar EPS | 830003564-7 | 1.875.000              | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 1.875.000     | 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 | 2.400.000              | 0                          | 0                           | 75.000                   | 75.000                    | 0         | 0                     | 0              | 2.550.000     | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-7       | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 365.400                |                  |       |                        | 365.400               | 0         | 0                     | 365.400             |                            |                     | 3.654             | 365.400       | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF21      | Cafam  | 860013570-3 | 300.000      | 0         | 0                 | 300.000       | 1             |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Salud               | 1                              | 1.875.000                           | 1.875.000        |
| Pensión             | 1                              | 2.550.000                           | 2.550.000        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 365.400                             | 365.400          |
| CCF                 | 1                              | 300.000                             | 300.000          |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0                |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0                |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0                |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0                |
| <b>TOTALES</b>      | <b>4</b>                       | <b>5.090.400</b>                    | <b>5.090.400</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 79521237          | JUAN ANTONIO BAENA LLANOS |        | CALLE 107a 7a 50 | 6015284393         | jabaena@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      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 13/01/2026               | 3324458         | \$5.090.400   |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |       |     |            |                   |            |            |                      |                      |                                |                                 |          |            |                        |          |            |                 |            |            |            |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-------|-----|------------|-------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|------------|------------------------|----------|------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |                |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |            |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |            |                        |          |            |                 |            |            |            |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Colomb. exerce | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASP | ACT   | INL | CORRECCIÓN | 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   | 79521237              | BAENA LLANOS JUAN ANTONIO | 59        | 0       |           |                | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |       |     |            | 25-14             | 15.000.000 | 2.400.000  | 0                    | 0                    | 75.000                         | 75.000                          | EPS017   | 15.000.000 | 1.875.000              | 14-7     | 15.000.000 | 3               | 365.400    | CCF21      | 15.000.000 | 300.000    | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

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 1565 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf         | 1. PS 1565 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf         | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 2. PS 1565 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf       | 2. PS 1565 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 3. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf      | 3. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | NC5 MEDICINA CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip       | NC5 MEDICINA CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 1565 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf | PS 1565 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 4. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf      | 4. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 5. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf       | 5. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 6. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf      | 6. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 1565 2025 CRP-6212.pdf                         | 1 PS 1565 2025 CRP-6212.pdf                         | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 2 PS 1565 2025 CRP-15176.pdf                        | 2 PS 1565 2025 CRP-15176.pdf                        | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1565 2025 16-07-2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1565 2025 16-07-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 7. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf      | 7. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 3 PS 1565 2025 CRP-18816.pdf                        | 3 PS 1565 2025 CRP-18816.pdf                        | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 8. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | 8. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1565 2025.pdf   | COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1565 2025.pdf   | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 9. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | 9. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 10. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf   | 10. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 11. 1565 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf    | 11. 1565 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 12. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | 12. PS 1565 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |



## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
95cb20dcd7c5f672f8d9b0f6b763d57e19ddf835bbd4258a5ca59488eb7ec1acb318637fdffc21133a73eba2eee4a6f  
Número de Factura: SETG-1041  
Fecha de Emisión: 22/01/2026  
Fecha de Vencimiento: 31/01/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado  
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario  
Orden de pedido:  
Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BAENA LLANOS JUAN ANTONIO  
Nombre Comercial: BAENA LLANOS JUAN ANTONIO  
Nit del Emisor: 79521237  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: O-47  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 8621

País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CL 107 A 7 A 50  
Teléfono / Móvil: 7026729  
Correo: jabaena@yahoo.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE  
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: DIAG 34 5 43  
Teléfono / Móvil: 3444484  
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    | 999202001 | HONORARIOS MEDICOS | HUR | 96,00    | \$ 96.515,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 9.265.440,00          |

## Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo                                                                    | Valor Campo |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1   | HONORARIOS ENERO 2026                                                           |             |
| 2   | pertenece al régimen simple de tributación, no practicar retención en la fuente |             |

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 22/01/2026 06:23:48  
**Documento validado por la DIAN:**  
 22/01/2026 06:23:48  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

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

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| <b>Subtotal</b>               | 9265440                  |
| Descuento detalle             | 0,00                     |
| Recargo detalle               | 0,00                     |
| <b>Total Bruto Factura</b>    | 9265440                  |
| IVA                           | 0,00                     |
| INC                           | 0,00                     |
| Bolsas                        | 0,00                     |
| Otros impuestos               | 0                        |
| <b>Total impuesto (=)</b>     | 0                        |
| <b>Total neto factura (=)</b> | 9265440                  |
| Descuento Global (-)          | 0,00                     |
| Recargo Global (+)            | 0,00                     |
| <b>Total factura (=)</b>      | <b>COP \$ \$ 9265440</b> |

### Valores informativos

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ANTICIPOS</b> |   |
| Anticipos        | 0 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| <b>RETENCIONES</b> |      |
| Rete fuente        | 0,00 |
| Rete IVA           | 0,00 |
| Rete ICA           | 0,00 |

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

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Subtotal</b>               | 9.265.440,00                  |
| Descuento detalle             | 0,00                          |
| Recargo detalle               | 0,00                          |
| <b>Total Bruto Factura</b>    | 9.265.440,00                  |
| IVA                           | 0,00                          |
| INC                           | 0,00                          |
| Bolsas                        | 0,00                          |
| Otros impuestos               | 0,00                          |
| <b>Total impuesto (=)</b>     | 0,00                          |
| <b>Total neto factura (=)</b> | 9.265.440,00                  |
| Descuento Global (-)          | 0,00                          |
| Recargo Global (+)            | 0,00                          |
| <b>Total factura (=)</b>      | <b>COP \$ \$ 9.265.440,00</b> |

### Valores informativos

|                  |      |
|------------------|------|
| <b>ANTICIPOS</b> |      |
| Anticipos        | 0,00 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| <b>RETENCIONES</b> |      |
| Rete fuente        | 0,00 |
| Rete IVA           | 0,00 |
| Rete ICA           | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764090090106 Rango desde: 1000 Rango hasta: 1050 Vigencia: 2027-03-06