| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2026-01-01 | **Hasta:** | 2026-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ | | **Número de Documento:** | 52818746 | |
| **Correo Electrónico:** | drafedra@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3002903173 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JOSE GUILLERMO FORERO LEON | **Cargo:** | REFERENTE PEDIATRIA | **Código - Grado:** | 213-32 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4402-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| **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 | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 78 | 0 | 90846 | $7085988 | 41.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7085988** | **SIETE MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 8357832 | 1314 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | $ 0 | 0 |
| 3 | 2025-11-27 | 2026-01-16 | 3 | $ 2725380 | 1956 |
| 4 | 2025-12-11 | | 4 | $ 2816226 | 2122 |
| 5 | 2025-12-11 | | 5 | $ 2816226 | 2122 |
| 6 | 2026-01-10 | 2026-01-31 | 6 | $ 3179610 | 79 |


***© Siasur - 2026***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | ENERO | $ 3452148 |
| 2 | FEBRERO | $ 4360608 |
| 3 | MARZO | $ 13626900 |
| 4 | ABRIL | $ 15807204 |
| 5 | MAYO | $ 22893192 |
| 6 | JUNIO | $ 21257964 |
| 7 | JULIO | $ 11446596 |
| 8 | AGOSTO | $ 9266292 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 10901520 |
| 10 | OCTUBRE | $ 13081824 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 7085988 |
| 12 | DICIEMBRE | $ 11991672 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 135178848** | **$ 155074122** | **$ 145171908** | **$ 9902214** |

| | 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | -Presto mis servicios como médico especialista en pediatría en los servicios de hospitalización en la unidad de meissen. | -Atención de acuerdo a programación de actividades asignados por supervisor del contrato. |
| 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. | -Se realiza atención al paciente mediante consulta médica o atención de hospitalización, informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar . | -Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencia. |

| 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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes pediatricos atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes. | -Historia Clínica de paciente en el aplicativo 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. | -Se realiza la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes pediatricos , con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad. | -Información registrada en medios magnéticos cumpliendo las normas de seguridad. |
| 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 | -Informar mediante atención al paciente pediatrico el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión ( dinamica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente. | Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica. |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente | -Se realiza la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente. | -Programación de Agendas y asignación de actividades de acuerdo a programación supervisor. |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria. | -Registrar en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento. |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -Informar de acuerdo al estado de salud del paciente a padres y familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente. | -Historia Clínica registrada en dinámica gerencial. |
| 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 cumple con las actividades pactadas en las obligaciones del contrato firmado con la Subred Sur y siguiendo los lineamientos establecidos y coordinados con el supervisor del contrato. | -Cumplimiento de actividades de acuerdo a programación del supervisor. |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato. | -Cuadro de actividades con supervisor del contrato. |

## 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 | 1048936 | FS 71 | | $ 11991672 |
| 2025 | DICIEMBRE | 2026 | 01 | 02 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 4796669 | $ 767467 | **$ 1882800** |
| Salud | | SURA | | $ 599584 | **$ 1360000** |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 116847 | **$ 265100** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 1392090** | **$ 3507900** |

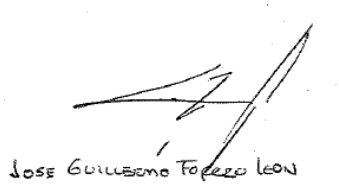
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 009200384288 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ | 2026-01-22 21:19:24 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JOSE GUILLERMO FORERO LEON | 2026-01-23 11:23:37 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2026-01-24 22:05:38 |

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.




**JOSE GUILLERMO FORERO LEON**
**REFERENTE PEDIATRIA**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52818746 | FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ | CRA 70 B N 24 D 22 T 3 APTO 1101 | 6017391010 | drafedra@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| 92306155 | 11/12/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | N | 02/01/2026 | 1048936 | $3.507.900 | |

## 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 | 1.360.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.360.000 | 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 | 1.740.800 | 0 | 0 | 71.000 | 71.000 | 0 | 0 | | 1.882.800 | 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 | 265.100 | | | | 265.100 | 0 | 0 | 265.100 | | | 2.651 | 265.100 | 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 | 1.360.000 | 1.360.000 |
| Pensión | 1 | 1.882.800 | 1.882.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 265.100 | 265.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 3.507.900 | 3.507.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52818746 | FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ | CRA 70 B N 24 D 22 T 3 APTO 1101 | 6017391010 | drafedra@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| 92306155 | 11/12/2025 | N | 02/01/2026 | 1048936 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | | | | $3.507.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 52818746 | SANCHEZ RODRIGUEZ FEDRA PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 14.200.000 | 2.272.000 | 0 | 0 | 71.000 | 71.000 | EPS010 | 14.200.000 | 1.775.000 | 14-23 | 14.200.000 | 3 | 346.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA ENERO 2025 DEL 21 - 31 CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA ENERO 2025 DEL 21 - 31 CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO 2025 -CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA FEBRERO 2025 -CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA MARZO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA ABRIL 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA MAYO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO 2025 -CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA JUNIO 2025 -CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DOCUMENTOS SOPORTE SECOP JULIO - FEDRA SANCHEZ.pdf | DOCUMENTOS SOPORTE SECOP JULIO - FEDRA SANCHEZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA JULIO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA OCTUBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA NOVIEMBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | CUENTA DICIEMBRE 2025 - CTO. 4402 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Espacio para
Logo Corporativo

**FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ**
NIT 52.818.746-7
Cra 70 b n 24 d 22 t 3 1101
Tel: (601)
Bogotá - Colombia
drafedra@gmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
**No. FS 71**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE | | |
| **NIT** | 900.958.564-9 | **Teléfono** | (601) 0000000 |
| **Dirección** | No aplica | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 22/01/2026, 20:10 |
| **Expedición** | 22/01/2026, 20:10 |
| **Vencimiento** | 22/01/2026 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | CTO SUBRED SUR 4402-2025 | 1.00 | 7,085,988.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 7,085,988.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 7,085,988.00 |

## Valor en Letras:
Siete millones ochenta y cinco mil novecientos ochenta y ocho pesos m/cte

## Forma de pago:
Contado

## Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 7,085,988.00

## Observaciones:
78 horas como medico pediatra en Hospital de Meissen

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 18764093329357 aprobado en 20250520 prefijo FS desde el número 51 al 4000 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
**CUFE:** 01d54f09ef9e6b9953b2f4a8709c17f478ac12f1e08760b1f147da838bf98f9123606716aafd7d2b4a38885b88d778df

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158546865

(415)7707212489984(8020) 000014115854686 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 8 1 8 7 4 6 | 7 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 2 8 1 8 7 4 6 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SANCHEZ | RODRIGUEZ | FEDRA | PAOLA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 70 B 24 D 22 TO 3 AP 1101

42. Correo electrónico: drafedra@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 1 1 0 1 1 1 | 3 0 0 2 9 0 3 1 7 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 5 1 2 0 1 | 6 9 1 0 | 2 0 1 8 0 4 0 9 | | | | 2 2 2 1 | |

### 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 5 | 1 | 6 | 2 | 2 | 4 | 9 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 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 [X] 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 SANCHEZ RODRIGUEZ FEDRA PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO