FREDY ERNESTO BENESCH VILLAMIZAR ERNESTO

NIT: 79940101-6

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 93 No. 9 - 68, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3118987926

Email. ernivil@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764100168136 válida desde 2025-10-16 hasta 2026-04-16 rango desde FEDV137 hasta FEDV200.

Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT :	900959051
Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FEDV146**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**21:45:21-05:00**
FECHA FIRMADO:	**24/02/2026 21:45:24**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24	02	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200 -5	Servicios de médicos especialistas PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX MES FEBRERO 2026	WSD	1,00	$12.199.320,00				0,00	$12.199.320,00

Notas:
CUENTA COBRO CIRUJANO DE TORAX FEBRERO 2026

SON: (doce millones ciento noventa y nueve mil trescientos veinte pesos)
CUFE: 4d421f8ab2beec7eb61b4e402fa563990b6d5acfce7f49dc65cf74d1fc3692b21b2ac7fa2339541d6a079ceb1e08028e

Subtotal:	$12.199.320,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$12.199.320,00

Firma Digital: WEcog0ih0mDjdtwog2yotyodNfQl7+HfrBuq4vyMxeh4osKtnHzRpaiF74qbMxLT +/KrnRpyQNlOiz4kivC1xFbSSDWPIq+ElyELbKS1CFbSimxTRc DbH+OutA5ULY3+ lQ34UvsbpJ3HcNS/mgcDZdEX0b+7llpexfk5MPfnuM1eKkBSPwflHqUrmItQ0gIR 04LQCx/iPGeY8gbU23F6TeWSMlbg+RBk26C 0Dncd0vxDhkHgPEE9Sm8C6N2Y5exi CbHrsE+YhFpyAH+OSB2j63tD1ZpXaqea3Oade3tyGtJ+W6xgS00jykhMTTKQaP1L pZ/54qZkVipqRs350App Fg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79940101		VILLAMIZAR BENESCH FREDY ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 17 # 93A 41 apt 604	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057163	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	88264037	9500346796	I	2026/02/03	2026/02/25	BANCOLOMBIA	22	$1,454,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,635,761	$741,800			$4,635,761	$579,500			$0	$0			$4,635,761	$113,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,635,761	$741,800			$4,635,761	$579,500			$0	$0			$4,635,761	$113,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,635,761	$741,800			$4,635,761	$579,500			$0	$0			$4,635,761	$113,000		$0	$0
1	CC	79940101 VILLAMIZAR FREDY	230301	30	$4,635,761	$741,800	EPS001	30	$4,635,761	$579,500		0	$0	$0	14-11	30	$4,635,761	$113,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$4,635,761	$741,800			$4,635,761	$579,500			$0	$0			$4,635,761	$113,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79940101		VILLAMIZAR BENESCH FREDY ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 17 # 93A 41 apt 604	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057163	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	88264037	9500346796	I	2026/02/03	2026/02/25	BANCOLOMBIA	22	$1,454,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$741,800	$10,400	$0	$752,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$741,800	$10,400	$0	$752,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,000	$1,600	$0	$114,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$113,000	$1,600	$0	$114,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$579,500	$8,100	$0	$587,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$579,500	$8,100	$0	$587,600
TOTAL				**1**	**$1,434,300**	**$20,100**	**$0**	**$1,454,400**

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		
1. PS 1702 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1702 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2. PS 1702 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1702 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE ARZO 2025.pdf	3.PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE BRIL 2025.pdf	4. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE AYO 2025.pdf	5. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE JNIO 2025.pdf	6. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CRP-6318.pdf	1 PS 1702 2025 CRP-6318.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CRP-13477.pdf	2 PS 1702 2025 CRP-13477.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CRP-18926.pdf	3 PS 1702 2025 CRP-18926.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE GOSTO 2025.pdf	8. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE EPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2 2025 CUENTA DE CTUBRE 2025.pdf	10. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2 2025 CUENTA DE OVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2 2025 CUENTA DE ICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE JLIO 2025.pdf	7. PS 1702 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2 2025 CUENTA COBRO 26.pdf	13. PS 1702 2025 CUENTA COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FREDY ERNESTO VILLAMIZAR BENESCH**			**CC:**	**79940101**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ERNIVIL@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118987926**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 93A 19 39 AP 806**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**69950595477**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1444 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 12.199.320**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

FREDY ERNESTO VILLAMIZAR BENESCH
PS_1444_2026_336301

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FREDY ERNESTO VILLAMIZAR BENESCH
CC: 79940101
CEL: 3118987926

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
FREDY ERNESTO VILLAMIZAR BENESCH			
	CON C.C N°	**79.940.101**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA CIRUJANO DE TORAX PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1444 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.635.784	**No. HORAS EJECUTADAS**	**120**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 75.635.784	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 12.199.320
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	Como profesional en cirugía de tórax realizó actividades diagnósticas y terapéuticas incluidas en el plan de manejo, enfocadas en patologías que requieren intervención quirúrgica entre el opérculo torácico y el diafragma (exceptuando corazón y grandes vasos), con alto nivel científico, ético y humano. Debe brindar atención integral, oportuna y pertinente, basada en protocolos y guías, y proponer mejoras que favorezcan la calidad del servicio. Así mismo, debe cumplir funciones según las necesidades de la Subred, garantizando cobertura, aplicación de la lista de seguridad quirúrgica, y comunicación clara con el paciente y su familia. Es responsable del registro completo y oportuno de las atenciones, de la confidencialidad de la información, del adecuado uso de recursos institucionales, y del reporte de novedades o eventos de seguridad. También se espera su participación en docencia, capacitación, supervisión, elaboración de conceptos médicos, cumplimiento de normativas legales, y apoyo a procesos de auditoría, calidad e investigación, portando su carné institucional y manteniendo al día sus obligaciones con el sistema de seguridad social.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9500346796	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/02/25	$ 579.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/25	$ 741.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/25	$ 113.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.434.300

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	*FREDY ERNESTO VILLAMIZAR BENESCH* *PS_1444_2026_336301* **FREDY ERNESTO VILLAMIZAR BENESCH** **CC: 79940101**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1444_2026_336301* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1444_2026_336301* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**