Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA DEL ROCIO MERA SOLARTE						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	36751409	
CORREO ELECTRONICO:	polyneuroped@gmail.com				CELULAR:	3023760106	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT NEUROLOGÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11A13	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	88158918573				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	1107			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1570	FECHA	2026-07-16 14:58:49.000	NÚMERO DE CRP	26104	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$13,774,700				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$94,147,080
VALOR EJECUTADO	$83,366,880
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$13,774,700
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,780,200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9504810351	$8,001,304	$1,000,163	$1,280,209	3	$194,912	$2,475,283

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Consulta externa, interconsultas	Historia clínica, fichas de notificación, RIPS
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	REalizar historia clínica, informar al paciente la conducta	Historias clínicas
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Realizar historias clínicas de acuerdo a los lineamientos legales	Historia clínica, formatos diligenciados, RIPS
Participar en la programación de actividades del área.	Estar atento a las actividades academicas y asistenciales y asistir a las mismas	Asistencia a actividades
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Formatos especificos	Fichas notificacion obligatoria adecuadamente diligenciadas
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Identificar las fallas, realizando evaluación activa y constante de los procesos	Formatos específicos Historia clínica y comunicación directa con los servicios
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Comunicaciónconstante con el grupo de apoyo	Historia clínica y comunicación directa con los servicios
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Realizar los formatos de forma adecuada	formatos correctamente diligenciados
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	informar a los padres y paciente de los procedimientos, efectos adversos o posibles complicaciones	Consentimiento informado
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Plan diagnostico y terapéutico claro	Historia clinica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Brindar información completa, detallada, y evaluando la comprensión de los pacientes	Registro de informacion brindada en historia clínica
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Evaluar pacientes, realizar diagnóstico y plan a seguir	Concepto medico
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Registrar actividades Cumplir las normas e identificar los momentos donde no se estan cumpliendo y realizar procesos de mejoramiento	Cumplir las normas e identificar los momentos donde no se estan cumpliendo y realizar procesos de mejoramiento
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Identificar las actividades y el avance	Informe completo
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Entregar elementos de trabajo en perfecto estado	Elementos de trabajo en perfecto estado
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir y estar presto a participar	pre test y pos test
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Capacitación y comunicacion constante con equipo de trabajo	Ejecución adecuada de procedimientos establecidos por la subred
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Participacion en actividades de la subred	Asistencia a actividades
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	REalización de informe mensual	Informe completo P
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Asistir y estar presto a participar	productos de investigación
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	supervisar	Supervisión de contratos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Diligenciar y realizar el pago de obligaciones	Planilla electronica
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizar las actividades que se requieran según los contratos	Fines de las actividades

Copia Certificada
Subred Suroccidente

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36751409		MERA SOLARTE PAOLA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 22a # 48-38 casa 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3023760106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	372585143	9504810351	I	2026/06/03	2026/06/09	BANCOLOMBIA	6	$2,566,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,360,000	$6,100	$0	$1,366,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,360,000	$6,100	$0	$1,366,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,900	$900	$0	$195,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$194,900	$900	$0	$195,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000,000	$4,400	$0	$1,004,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,000,000	$4,400	$0	$1,004,400
TOTAL				1	$2,554,900	$11,400	$0	$2,566,300

2026/06/22 09:04 AM

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	36751409
NOMBRES	PAOLA DEL ROCIO
APELLIDOS	MERA SOLARTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/28/2026 16:02:40	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Medellín, 28 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PAOLA DEL ROCIO MERA SOLARTE identificado(a) con C36751409 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C367514092617957504

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-feb-2026

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAOLA DEL ROCIO MERA SOLARTE

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 36751409 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CL 22 A 48 38 **Teléfonos** 3023760106 0

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NELSON SIGIFREDO MERA REALPE	12964337	Padre
FANNY ROCIO SOLARTE LEYTON	30714739	Madre
SARA VALLEJOS MERA	1193405983	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 20.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 20.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	466656790	PASTO	$ 1.378.450,00
Bancolombia	Cuenta de ahorros	88158918573	PASTO	$ 7.850.807,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	DOZ228	$ 32.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
NELSON SIGIFREDO MERA	PRESTAMO VIVIENDA	$ 243.654.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
ASCONI	Integrante
SCARE	Integrante
PROMEDICO	Integrante

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

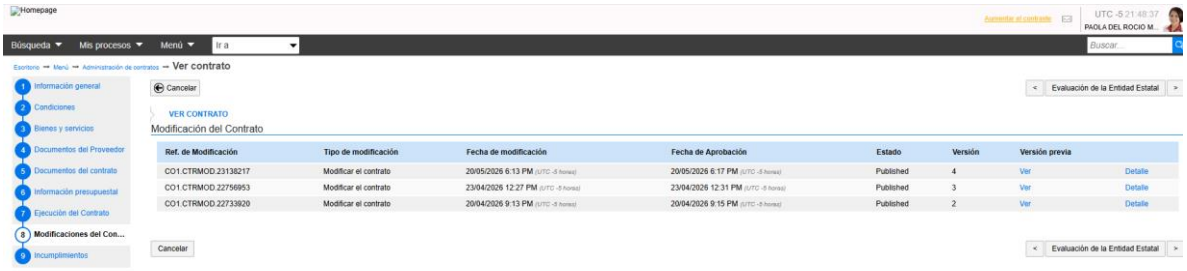
3. FIRMA

Firma electrónica:
PAOLA DEL ROCIO MERA SOLARTE 24/02/2026 22:32:07

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-feb-2026

CIUDAD Y FECHA


Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 21:48:37
PAOLA DEL ROCIO M...
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 Con...
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Modificación del Contrato
Ref. de Modificación
Tipo de modificación
Fecha de modificación
Fecha de Aprobación
Estado
Versión
Versión previa
CO1.CTRMOD.23138217
Modificar el contrato
20/05/2026 6:13 PM (UTC -5 horas)
20/05/2026 6:17 PM (UTC -5 horas)
Published
4
Ver
Detalle
CO1.CTRMOD.22756953
Modificar el contrato
23/04/2026 12:27 PM (UTC -5 horas)
23/04/2026 12:31 PM (UTC -5 horas)
Published
3
Ver
Detalle
CO1.CTRMOD.22733920
Modificar el contrato
20/04/2026 9:13 PM (UTC -5 horas)
20/04/2026 9:15 PM (UTC -5 horas)
Published
2
Ver
Detalle
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

PAOLA DEL ROCIO MERA SOLARTE

CC ***36751409***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Ejes de Acreditación

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *jueves, 25 de junio de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

8736981b-d8a4-44e5-a432-41dad6227a3e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Paola del Rocio Mera Solarte

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 91,67 %

25 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=8736981b-d8a4-44e5-a432-41dad6227a3e

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima
y la Universidad del Norte

certifican que: **Paola Del Rocío Mera Solarte**

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 36751409

Completó y aprobó satisfactoriamente ocho (8) horas de estudio del curso en Buenas Prácticas Clínicas **ICH E6 (R3)**, regulación y ética en investigacion clínica en Colombia.

Expedido en Bogotá D.C, el 28 de junio de 2026

LYNDA PRIETO NAVARRERA
Asesora Dirección General
(Investigación Sanitaria e Investigación Clínica)

3d57b517-9903-49b7-a898-97fdb18b4269

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
36ae6822dd4bcb038e8939ff7200279d0c500534790eed003d22503ca516dbc0628ffa4fad27d6fd6278e28ae5db14fd

Número de Factura: FE-523
Fecha de Emisión: 28/06/2026
Fecha de Vencimiento: 28/06/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MERA SOLARTE PAOLA DEL ROCIO
Nombre Comercial: MERA SOLARTE PAOLA DEL ROCIO
Nit del Emisor: 36751409
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 22 A 48 38
Teléfono / Móvil: 3023760106
Correo: paosariv@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 9009590484
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: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: lidersedes7@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	85121614	Servicios de especialista d el sistema nervioso	HUR	115,00	$ 119.780,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 13.774.700,00

Notas Finales

HONORARIOS POR PRESTACION SERVICIOS COMO NEUROPEDIATRA , mes Junio 2026
Linea de negocio: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Datos Totales



Documento generado el:
28/06/2026 15:52:28
Documento validado por la DIAN:
28/06/2026 15:52:29
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	13774700
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13774700
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	13774700
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 13774700

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	13.774.700,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13.774.700,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	13.774.700,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 13.774.700,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764093896129 Rango desde: 471 Rango hasta: 550 Vigencia: 2027-06-02