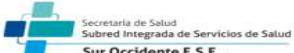


|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        |                 |                                  |                 |                                                                                     |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        |                 | Versión<br>3                     |                 |  |        |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                   |                        |                 | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |                 |                                                                                     |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        |                 | Código:<br>04-02-FO-0002         |                 |                                                                                     |        |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                   |                        |                 |                                  |                 |                                                                                     |        |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Leonardo Alberto moreno rodriguez |                        |                 |                                  |                 |                                                                                     |        |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                               | X                      | C.E             | No.                              |                 | 1026571387                                                                          |        |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | leo.morenor92@hotmail.com         |                        |                 | CELULAR:                         |                 | 3166925327                                                                          |        |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                   |                        |                 | SUBRED                           |                 |                                                                                     |        |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | QUIRURGICO ORTOPEDIA BOSA         |                        |                 |                                  | SEDE:           |                                                                                     | SUBRED |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         | Centro de costo                   | %                      | Centro de costo | %                                | Centro de costo | %                                                                                   |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | B035C11           | 40                        | B035A25                           | 30                     | B035I02         | 20                               | B035B04         | 10                                                                                  |        |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BBVA COLOMBIA S.A         |                                   |                        |                 | TIPO DE CUENTA:                  |                 | AHORRO                                                                              |        |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 142527530                         |                        |                 |                                  | PENSIONADO      |                                                                                     | NO     |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                   |                        |                 |                                  |                 |                                                                                     |        |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 276                       |                                   |                        |                 | VIGENCIA                         |                 | 2026                                                                                |        |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1570              | FECHA                     | 2026-07-16<br>14:58:49.000        |                        | NÚMERO DE CRP   | 25455                            | FECHA           | 2026-07-31<br>00:00:00.000                                                          |        |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA |                                   |                        |                 |                                  |                 |                                                                                     |        |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                             |                        | FECHA INICIAL   |                                  | HASTA           | FECHA FINAL                                                                         |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        | 2026-07-01      |                                  |                 | 2026-07-31                                                                          |        |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                   |                        | \$10,559,944    |                                  |                 |                                                                                     |        |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                   |                        |                 | \$79,563,716                     |                 |                                                                                     |        |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        |                 | \$69,003,772                     |                 |                                                                                     |        |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                   |                        |                 | \$10,559,944                     |                 |                                                                                     |        |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        |                 | \$0                              |                 |                                                                                     |        |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                   |                        |                 | \$10,559,944                     |                 |                                                                                     |        |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                   |                        |                 | 87%                              |                 |                                                                                     |        |
| 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                                                                       |        |
| 86515899                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,840,261       | \$355,033                 |                                   | \$454,442              |                 | 3                                | \$69,189        | \$878,663                                                                           |        |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                   |                        |                 |                                  |                 |                                                                                     |        |
| GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN<br>80423600<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                   |                        |                 |                                  |                 |                                                                                     |        |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTOS                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                      | Valoración clínica de pacientes con patología osteomuscular traumática y no traumática. Formulación de plan de manejo médico o quirúrgico. Realización de procedimientos como reducción de fracturas, inmovilizaciones, infiltraciones o cirugías ortopédicas según programación. Registro completo en historia clínica conforme a normatividad vigente | Notas de consulta externa, urgencias o evolución hospitalaria. Descripción quirúrgica en historia clínica. Órdenes médicas y plan de manejo registrados |
| 3. 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 4. Participar en la programación de actividades del área                                                                                          | Registro diario de procedimientos y cirugías realizadas. Participación en programación quirúrgica y agenda de consulta externa.                                                                                                                                                                                                                         | Reporte de actividades asistenciales registradas en sistema institucional. Participación en programación quirúrgica documentada                         |
| 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 6. 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                                                                                                                         | Reporte oportuno de complicaciones quirúrgicas, infecciones asociadas a la atención en salud y eventos adversos. Participación en comités de morbilidad y seguridad del paciente.                                                                                                                                                                       | Formatos de notificación diligenciados. Actas o registros de participación en comités (cuando aplique)                                                  |
| 7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad                                                                                                                                                                                       | Indicaciones al equipo asistencial sobre manejo postoperatorio, inmovilización y rehabilitación. Diligenciamiento adecuado de consentimientos, listas de chequeo quirúrgico y formatos institucionales.                                                                                                                                                 | Consentimientos informados firmados. Checklist quirúrgico diligenciado. Órdenes médicas registradas                                                     |
| 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación                                                                                                                                                                                                                                                                | Explicación del procedimiento quirúrgico y riesgos al paciente y familia. Seguimiento postoperatorio y control de evolución clínica.                                                                                                                                                                                                                    | Consentimiento informado firmado. Notas de evolución y controles postquirúrgicos registrados en historia clínica                                        |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Información clara sobre diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico. Emisión de conceptos médicos, incapacidades o valoraciones especializadas cuando se requiera                                                                                                                                                                                        | Registro de información brindada. Conceptos médicos e incapacidades emitidas                                                                            |
| 13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato                                                                                                                        | Cumplimiento de guías clínicas institucionales y protocolos quirúrgicos. Elaboración y entrega de informe mensual de actividades al supervisor del contrato                                                                                                                                                                                             | Informe mensual entregado. Evidencia de adherencia a protocolos institucionales                                                                         |
| 15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Uso adecuado de instrumental quirúrgico y equipos asignados. Participación en capacitaciones, juntas médicas y reuniones del servicio                                                                                                                                                                                                                   | Registro de asistencia a capacitaciones. Actas de junta médica cuando aplique                                                                           |
| 17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales                                                                                                                                                                      | Aplicación de procesos institucionales (referencia y contrarreferencia, auditorías clínicas). Apoyo en jornadas especiales quirúrgicas o brigadas cuando sea requerido.                                                                                                                                                                                 | Evidencia de aplicación de procedimientos. Reporte de participación en jornadas institucionales.                                                        |
| 19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 20. Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios                                                                                                         | Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en investigaciones clínicas o revisiones de casos cuando sea convocado.                                                                                                                                                                                       | Reporte de actividades registradas. Soporte de participación en procesos investigativos (cuando aplique)                                                |
| 21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                 | Supervisión de contratos: No aplica si no ha sido designado. Entrega mensual de planilla PILA. Cumplimiento de actividades adicionales acordes con el objeto contractual                                                                                                                                                                                | Planilla de seguridad social pagada. Supervisión: No aplica para el periodo (si no fue designado). Soportes de actividades ejecutadas                   |

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN  
80423600  
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

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                   |                    |                                |                   |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| Razón Social        | LEONARDO ALBERTO MORENO RODRIGUEZ |                    |                                |                   |
| Documento           | CC 1026571387                     | Dirección          | CL 57 #52 - 40 APARTAMENTO 401 |                   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                     | Teléfono           | 2213874                        |                   |
| Tipo Persona        | NATURAL                           | Forma Presentación | ÚNICO                          | Total Afiliados 1 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                       | Departamento       | BOGOTA D.C.                    |                   |
| Representante Legal |                                   | Identificación     |                                |                   |

## II. DATOS DEL AFILIADO

|                |               |           |           |   |                                   |                              |                   |                   |
|----------------|---------------|-----------|-----------|---|-----------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 1026571387 | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres               | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 59 00         |           |           |   |                                   |                              |                   |                   |
|                |               |           |           |   | MORENO RODRIGUEZ LEONARDO ALBERTO |                              |                   |                   |
|                |               |           |           |   | 11001000 - 11                     |                              |                   |                   |
|                |               |           |           |   | BOGOTA D.C.                       |                              |                   |                   |

### III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

[illegible]

|  |            |
|--|------------|
|  | IV.TOTALES |
|--|------------|

[illegible]

Medellin, 27 de julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **LEONARDO ALBERTO MORENO RODRIGUEZ** con documento de identidad **C1026571387**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2025-03-12   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- [sura.co/arl](https://sura.co/arl)





5f8d000b-65cf-4630-bc82-3a92da184c78

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

***Leonardo Moreno Rodriguez***

ha participado y aprobado el:

**Curso básico de prevención y control de  
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 83,00 %

4 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



# OPS



CAMPUS  
VIRTUAL  
DE SALUD  
PÚBLICA



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 20:26:42

Leonardo Alberto...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                                                                                 | Nombre del archivo                                                                                 | Cargado por |                           |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 02. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-FEBRERO 2026+ARL-OPS 276-2026.pdf.pdf                        | 02. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-FEBRERO 2026+ARL-OPS 276-2026.pdf.pdf                        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 03. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-MARZO 2026+ARL+Certificado RSA-OPS 276-2026.pdf              | 03. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-MARZO 2026+ARL+Certificado RSA-OPS 276-2026.pdf              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 04. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-ABRIL 2026+ARL-OPS 276-2026.pdf                              | 04. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-ABRIL 2026+ARL-OPS 276-2026.pdf                              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 05. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-MAYO 2026+ARL-OPS 276-2026.pdf                               | 05. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-MAYO 2026+ARL-OPS 276-2026.pdf                               | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 06. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-JUNIO 2026+ARL+CERT.LAV.MANOS (COVID 19)OPS 276-2026.pdf.pdf | 06. LEONARDO ALBERTO MORENO RODRÍGUEZ-JUNIO 2026+ARL+CERT.LAV.MANOS (COVID 19)OPS 276-2026.pdf.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar      Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
5218ed38737020700f7c175c5578121cb12d88396ba6e1f0ca8b0457ecc55d05b056187ea0d43336840f71cf202bc59f  
Número de Factura: FELM-40  
Fecha de Emisión: 27/07/2026  
Fecha de Vencimiento: 27/07/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar  
Forma de pago: Contado  
Medio de Pago: Consignación bancaria  
Orden de pedido:  
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MORENO RODRIGUEZ LEONARDO ALBERTO  
Nombre Comercial: MORENO RODRIGUEZ LEONARDO ALBERTO  
Nit del Emisor: 1026571387  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 8699  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CL 57 52 40 AP 401  
Teléfono / Móvil: 3166925327  
Correo: leo.moreno92@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUROCCIDENTE ESE  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 900959048  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: O-13; R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: Calle 9 39 46  
Teléfono / Móvil: 0000000  
Correo: jefecontabilidad@subredsueroccidente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código   | Descripción                                                              | U/M | Cantidad | Precio unitario  | Descuento<br>detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS |   |     |   | Precio unitario<br>de venta |
|------|----------|--------------------------------------------------------------------------|-----|----------|------------------|----------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|-----------------------------|
|      |          |                                                                          |     |          |                  |                      |                 | IVA       | % | INC | % |                             |
| 1    | 85101501 | Honorarios Especialista Ortopedia mes Julio 2026 según contrato 276 2026 | NIU | 1,00     | \$ 10,559,944,00 | \$ 0,00              | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 10,559,944,00            |

Notas Finales

Línea de negocio:



## Datos Totales



Documento generado el:  
27/07/2026 17:35:15  
Documento validado por la  
DIAN:  
27/07/2026 22:35:16  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

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

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| <b>Subtotal</b>                 | 10559944    |
| Descuento detalle               | 0,00        |
| Recargo detalle                 | 0,00        |
| <b>Total Bruto Factura</b>      | 10559944    |
| IVA                             | 0,00        |
| INC                             | 0,00        |
| Bolsas                          | 0,00        |
| Otros impuestos                 | 0           |
| <b>Total impuesto (=)</b>       | 0           |
| <b>Total neto factura (=)</b>   | 10559944    |
| Descuento Global (-)            | 0,00        |
| Recargo Global (+)              | 0,00        |
| <b>Total factura (=) COP \$</b> | \$ 10559944 |

### 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>                 | 10.559.944,00    |
| Descuento detalle               | 0,00             |
| Recargo detalle                 | 0,00             |
| <b>Total Bruto Factura</b>      | 10.559.944,00    |
| IVA                             | 0,00             |
| INC                             | 0,00             |
| Bolsas                          | 0,00             |
| Otros impuestos                 | 0,00             |
| <b>Total impuesto (=)</b>       | 0,00             |
| <b>Total neto factura (=)</b>   | 10.559.944,00    |
| Descuento Global (-)            | 0,00             |
| Recargo Global (+)              | 0,00             |
| <b>Total factura (=) COP \$</b> | \$ 10.559.944,00 |

### 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: 18764092312743 Rango desde: 1 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2027-04-24