FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
1359be15cd22fcedc4836fce49ddd8184807816818af75437321fb6959444e1fdf7a14306ec9c068e173c0e22b0dd56a

Número de Factura: ELEC-27
Fecha de Emisión: 27/06/2026
Fecha de Vencimiento: 27/06/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CALVACHE VALLEJOS JUAN CAMILO
Nombre Comercial: CALVACHE VALLEJOS JUAN CAMILO
Nit del Emisor: 1085273972
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 21 24 80 SUR TO 2 AP 609
Teléfono / Móvil: 3152518473
Correo: jcamilocv89@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DIAGONAL 34 5 43
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.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	85101706	SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS No. CONTRATO PS 1382 2026	NIU	1,00	$ 9.844.530,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 9.844.530,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
27/06/2026 18:28:09
Documento validado por la DIAN:
27/06/2026 18:28:09
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	9844530
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9844530
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	9844530
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 9844530

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	9.844.530,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9.844.530,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	9.844.530,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 9.844.530,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764077109281 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2026-08-14

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-29, 07:15:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 86442338

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026

PAGADO 22/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS		
Documento	CC1085273972	**Dirección**	CL 18 NORTE #86 - 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6221425
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

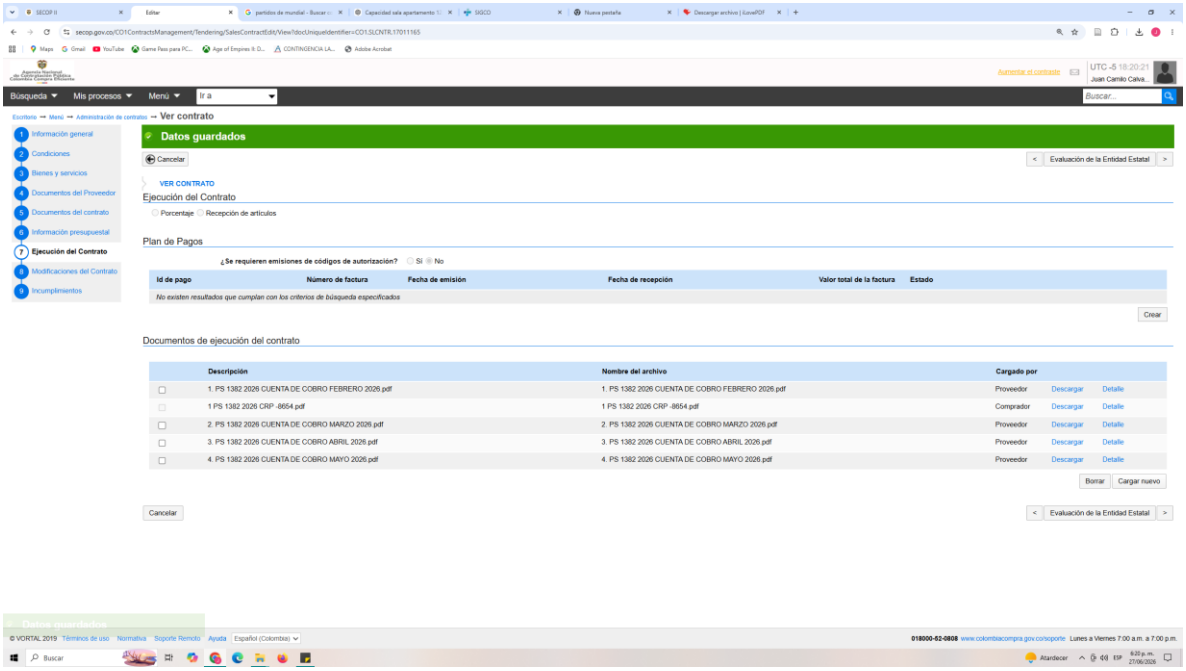
Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1085273972	JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 4.401.084	$ 704.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 4.401.084	$ 550.200	2,436	$ 4.401.084	$ 107.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.361.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 4.401.084	$ 4.401.084	$ 4.401.084	$ 0	$ 704.200	$ 550.200	$ 107.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.361.700	$ 5.100	$ 1.366.800

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 ·
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.


Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Documentos de ejecución del contrato

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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS**			**CC:**	**1085273972**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JCAMILOCV89@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3152518473**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**av suba # 114A 50 torre norte ap 207**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**053942509**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1382 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 9.844.530**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS
PS_1382_2026_4E37D8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS
CC: 1085273972
CEL: 3152518473

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			
JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS			
	CON C.C N°	**1.085.273.972**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA 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 1382 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**102**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 74.316.550	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 9.844.530
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

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	PASO DE REVISTA MÉDICA COMO ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JORGE ELIECER GAITÁN, TOMA DE DECISIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS. REGISTRO DE LAS ATENCIONES PRESTADAS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS RESPECTIVAS EN EL SOFWARE DINAMICA CUMPLIENDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ASISTENCIA A REUNIONES PROGRAMADAS POR EL SERVICIO O EL HOSPITAL. REPORTE DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CUANDO FUESE NECESARIO. REALIZAR DOCENCIA CON LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO Y POSTGRADO DE LAS UNIVERSIDADES NACIONAL Y ANTONIO NARIÑO.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86442338	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/22	$ 550.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/22	$ 704.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/22	$ 107.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.361.700

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.	
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS* *PS_1382_2026_4E37D8* **JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS** **CC: 1085273972**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1382_2026_4E37D8* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_1382_2026_4E37D8* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**