| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08<br>VERSIÓN: 8<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 28/07/2020 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO** | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | **C.C X C.E** | **NO.** | **1074131777** |
| CELULAR:<br>**3102620131** | CORREO ELECTRÓNICO:<br>**oocr_70@hotmail.com** | SEDE:<br>**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR** | CENTRO DE COSTOS:<br>**HSBA11 - C. EXT MEDICINA INTERNA USS SIMÓN BOLÍVAR** |
| PROCESO:<br>**DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | | SERVICIO:<br>**ASISTENCIAL** | |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>**BANCO DAVIVIENDA** | TIPO DE CUENTA:<br>**AHORROS** | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>**4800385777** | |
| **PENSIONADO:** | **SI No X** | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>**2020-2026** | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>**4** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CDP 1** | 164 | **FECHA** | 22/01/2026 | **CRP 1** | 10574 | **FECHA** | 01/02/2026 |
| **CDP 2** | 703 | **FECHA** | 20/05/2026 | **CRP 2** | 21475 | **FECHA** | 22/05/2026 |
| **CDP 3** | 1028 | **FECHA** | 21/07/2026 | **CRP 3** | 27016 | **FECHA** | 24/07/2026 |
| **CDP 4** | 1164 | **FECHA** | 26/08/2026 | **CRP 4** | 35155 | **FECHA** | 26/08/2026 |
| **CDP 5** | – | **FECHA** | – | **CRP 5** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 6** | – | **FECHA** | – | **CRP 6** | – | **FECHA** | – |

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

| **PERIODO CERTIFICADO:** | **DESDE** | | | **HASTA** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | **01** | **07** | **2026** | **31** | **07** | **2026** |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>**$ 17.412.948** | TIPO DE SERVICIOS:<br>**ASISTENCIAL** | VALOR HORA / DÍA:<br>**$ 93.618** |

**OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)**

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | **$ 102.230.856** |
| VALOR EJECUTADO | $ 84.256.200 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | **$ 17.974.656** |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 192 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 17.974.656 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | $ 0 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **82.4 %** |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:** De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 6.740.496 | $ 891.000 | $ 1.211.900 | III | $ 173.700 | **$ 2.276.600** | 93251717 |

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Julio** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

| | |
|---|---|
| | <br>_____<br>**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**<br>CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO<br>CC: 1074131777 |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |
| | | VERSIÓN: 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 07/11/2024 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | UNIDAD: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR** | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: **2020-2026** | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO** | | 01 | 07 | 2026 | 31 | 07 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO** | DOCUMENTO: **1074131777** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **82.4 %** | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución | Se garantizó el cumplimiento de los estándares de producción en el servicio de hospitalización, mediante la valoración diaria de pacientes hospitalizados, realización de evoluciones médicas completas y oportunas, formulación y ajuste de tratamientos, solicitud e interpretación de paraclínicos, egresos hospitalarios dentro de los tiempos establecidos y respuesta a interconsultas intrahospitalarias, asegurando continuidad, oportunidad y resolutividad en la atención. |
| 2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades | Se dio cumplimiento a los procesos prioritarios del servicio de hospitalización, incluyendo la aplicación de protocolos institucionales y guías de práctica clínica, correcta identificación del paciente, seguridad en la prescripción médica, adherencia a medidas de seguridad del paciente, vigilancia clínica continua, y cumplimiento de rutas de atención y procesos asistenciales definidos, conforme a la normatividad vigente. |
| 3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales | Se realizó de manera sistemática el recibo y entrega de turno en el servicio de hospitalización, garantizando la transferencia completa, clara y oportuna de la información clínica de los pacientes, incluyendo diagnóstico, evolución, estado actual, pendientes, paraclínicos y conductas a seguir, con diligenciamiento adecuado de los formatos institucionales establecidos. |
| 4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/ o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos, otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad | Se realizaron rondas médicas diarias en el servicio de hospitalización con valoración integral de los pacientes, elaboración de evoluciones clínicas, formulación y ajuste de tratamientos según condición clínica, y ejecución de procedimientos médicos acordes al nivel de atención no 6. Se garantizó el diligenciamiento completo, legible y oportuno de la historia clínica (evoluciones, órdenes médicas y descripción de procedimientos), en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999. Adicionalmente, se efectuó la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente , infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y eventos de interés en salud pública , conforme a los lineamientos institucionales. Se realizó la adecuada orientación de los pacientes a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) según su ciclo de vida, así como el desarrollo de las demás actividades asistenciales propias del servicio. |
| 7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución | Se aplicaron de manera sistemática las Políticas institucionales, guías de manejo y protocolos clínicos en el servicio de hospitalización asegurando la adherencia a instructivos, manuales, procesos y procedimientos establecidos , con enfoque en la calidad de la atención, seguridad del paciente, uso racional de recursos y cumplimiento de lineamientos institucionales y normativos vigentes. |
| 8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública | Se realizó la identificación, vigilancia y notificación oportuna de sucesos de seguridad del paciente, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y eventos de interés en salud pública, conforme a los lineamientos institucionales y normatividad vigente, garantizando el adecuado diligenciamiento de los formatos y plataformas establecidas, así como el seguimiento clínico correspondiente. |
| 10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente | Se cumplieron con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convocó y se presentó la certificación correspondiente |
| 11 Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE | Se presentaron oportunamente las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte, relacionadas con procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamientos en puesto de trabajo, manuales, inducciones y reinducciones, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual | Se cumplió con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. |
| 13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido | Se asistió a los comités intra y extrainstitucionales programados, participando de manera activa en la revisión de casos, análisis de procesos y toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo del servicio. |
| 14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad | Se participó en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la entidad. |
| 15 Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución | Se cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favoreció el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución |
| 16 Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución | Se apoyó la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se me asignó, en armonía con los otros servicios y áreas de la institución |
| 18 Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte | Se aplicaron los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y la humanización en la prestación del servicio para usuarios , familia y comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la subred Norte. |

OBSERVACIONES:

192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

**$ 17.974.656 — DIECISIETE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

Fecha: 31/07/2026



_____

**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO
CC: 1074131777

Fecha: 31/07/2026



**FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR**
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

*Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.*

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1074131777 | OMAR ORLANDO CASTRO ROJAS | Calle 56 # 30 - 30 Apto 101 | 4787949 | oocr_70@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 93251717 | 16/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $0 | $2.276.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 891.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 891.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.140.500 | 0 | 0 | 35.700 | 35.700 | 0 | 0 | | 1.211.900 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 173.700 | | | | 173.700 | 0 | 0 | 173.700 | | | 1.737 | 173.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 891.000 | 891.000 |
| Pensión | 1 | 1.211.900 | 1.211.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 173.700 | 173.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.276.600 | 2.276.600 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1074131777 | OMAR ORLANDO CASTRO ROJAS | Calle 56 # 30 - 30 Apto 101 | 4787949 | oocr_70@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 93251717 | 16/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $0 | $2.276.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excenerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1074131777 | CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 7.128.000 | 30 | 1.140.500 | 0 | 0 | 35.700 | 35.700 | EPS005 | 7.128.000 | 30 | 891.000 | 14-7 | 7.128.000 | 30 | 3 | 173.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Espacio para
Logo Corporativo

**OMAR ORLANDO CASTRO ROJAS**
NIT 1.074.131.777-6
Carrera 49b#102a-37
Tel: (601) 3102620131
Bogotá - Colombia
oocr_70@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. A 31**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.s.e | | |
| **NIT** | 900.971.006-4 | **Teléfono** | (601) 4431790 |
| **Dirección** | calle 66 n 14-41 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 20/07/2026, 11:54 |
| **Expedición** | 20/07/2026, 11:54 |
| **Vencimiento** | 20/07/2026 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Producto genérico | 192.00 | 17,974,656.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 17,974,656.00 |
| **Total a Pagar** | 17,974,656.00 |

**Valor en Letras:**
Diecisiete millones novecientos setenta y cuatro mil seiscientos cincuenta y seis pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 17,974,656.00

**Observaciones:**
SERVICIOS PRESTADOS EN JUNIO 2026

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764083251943 aprobado en 20241112 prefijo A desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
**CUFE:** 351d764c0052e38276c222f4d5e199b56c253271a3ce79e1c7c7c75d89db26064ea0f768d3f8561747b1d8668db49ddb