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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTINEZ**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**80171936**
CELULAR: **3102260906**	CORREO ELECTRÓNICO: **oswin@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL CHAPINERO**	CENTRO DE COSTOS: **CHPL02 - A D RADIOLÓGICA USS CHAPINERO**
PROCESO: **DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL DÍA/NOCHE**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **4870455880**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **3120-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	11568	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	17670	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	26213	**FECHA**	24/07/2026
CDP 4	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	34329	**FECHA**	26/08/2026
CDP 5	1327	**FECHA**	22/09/2026	**CRP 5**	37763	**FECHA**	24/09/2026
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	**09**	**2026**	**30**	**09**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 12.701.853**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL DÍA/NOCHE**	VALOR HORA / DÍA: **$ 136.269**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 84.710.961**
VALOR EJECUTADO	$ 84.710.961
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 12.730.689**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	93
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	93
SALDO POR EJECUTAR	$ 0
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**100.0 %**

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
$ 4.661.982	$ 1.250.000	$ 2.700.000	IV	$ 0	**$ 3.950.000**	94253915

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de **Septiembre** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR
LUZ DARY CAMPOS MORENO
CC: 52249303

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTINEZ
CC: 80171936

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

ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**	UNIDAD: **HOSPITAL CHAPINERO**						
No. DE CONTRATO: **3120-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **LUZ DARY CAMPOS MORENO**		01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTINEZ**	DOCUMENTO: **80171936**						
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 (%): **100.0 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Prestar servicios como Médico Especialista en Radiología para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., verificación de la calidad de la imagen, para interterpretación y lectura de las imágenes tomadas en las diferentes modalidades.	Durante mi actividad como médico especialista en Radiología en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en los Hospitales de Chapinero y Engativá, realicé la verificación de los estudios de rayos X tomados y validados en EDX, verificando la calidad de la imagen para su correcta interpretación y lectura. Realicé toma de ecografía y Doppler en los Hospitales de Chapinero y Engativá durante el mes de septiembre.
Cumplir las normas de protección radiológica.	Utilice las medidas de protección radiológica dando cumplimiento a las normas establecidas; revise que los pacientes cuenten con la protección radiológica, esto en cuanto a las imágenes tomadas de RX como en los pacientes pediátricos. Estas imágenes se encuentran archivadas dentro de la plataforma EDX. Realicé la entrega del dosímetro el mes de agosto y así mismo recibí el del mes de septiembre, dando constancia en la planilla de entrega y recibido.
Realizar la supervisión del técnico profesional o tecnólogo de imágenes diagnósticas, a sus actividades y de operación de equipo de radiaciones ionizante y adquisición de imágenes.	Se implementaron las medidas de protección radiológica dando cumplimiento a las normas establecidas; revise que los pacientes cuenten con la protección radiológica, esto en cuanto a las imágenes tomadas de RX como en los pacientes pediátricos. Estas imágenes se encuentran archivadas dentro de la plataforma EDX. Realicé la entrega del dosímetro el mes de agosto y así mismo recibí el del mes de septiembre, dando constancia en la planilla de entrega y recibido.
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	En el ejercicio de mi actividad como médico radiólogo, realicé verificación y lectura de estudios de rx en los Hospitales de Chapinero y Engativá, verificando las patologías encontradas y realizando diagnósticos oportunos, los cuales pueden ser verificados dentro de la plataforma EDX y en historia clínica dinámica generacional. Se realizó apoyo de auditoría para verificar y analizar diagnósticos Se realiza toma de ecografías y Doppler para realizar de igual manera diagnósticos clínicos.
Aplicar las Guías de Manejo de su especialidad para todos los procedimientos, participar en la actualización documental, incluyendo los manuales, protocolos, instructivos y demás documentación los cuales se encuentra en almera	Realicé la verificación y lectura del manual de imágenes diagnósticas en donde aparecen las técnicas y proyecciones de estudios a tomar. Verifiqué el instructivo administrativo de imágenes diagnósticas; estos documentos se encuentran soportados en el aplicativo ALMERA. Todos los estudios tomados se encuentran cargados en el sistema EDX.
Elaborar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999. dejando registro de las actividades relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Realicé la verificación de historia clínica sobre cada paciente, acorde a cada procedimiento solicitado por medio de la interoperabilidad entre Dinámica Gerencial y EDX. Realicé notas de radiología correspondientes a los pacientes en dinámica y, de igual forma, se da el cumplido a cada paciente que asiste a su cita en el servicio.
Aplicar la implementación de los puntos de control interno del servicio, reportar los eventos de notificación obligatoria, sucesos de seguridad, notificación de datos críticos, y correlación de los hallazgos con la información clínica del paciente, con la oportunidad establecida.	Realicé la notificación de datos críticos para estudios de RX, ecografía y Doppler a los tecnólogos y auxiliar del servicio y estos fueron notificados de acuerdo a la oportunidad establecida. Se da indicación para reportes de suceso de seguridad desde ALMERA al transcriptor del servicio para los pacientes que no fueron llevados a toma de estudios de ecografía y Doppler después de realizar la solicitud respectiva.
Reportar 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.	Reporté las fallas presentadas del equipo ecógrafo por medio de mesa de servicios al área de biomédicos para así evitar atrasos en la atención de los usuarios. Participé en los análisis a los que fui convocado durante el mes de septiembre, dentro de los cuales se implementaron acciones de mejora para el servicio.
Apoyar en actividades académicas al personal en formación que rota en las Unidad de la Subred, siguiendo el plan de delegación establecido en el plan de prácticas formativas, efectuando supervisión y acompañamiento permanente y participar de los procesos de investigación e innovación que	Se realizó acompañamiento al personal en formación que se presentó en el servicio de imágenes diagnósticas.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
se requieran.	
Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.	Participé en la reunión que se realiza mensual en el servicio de radiología, como es conectados con imágenes, en la cual se socializó la plataforma estratégica, la cual habla de la misión y visión de la institución.
Apoyar y dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos, a las peticiones, quejas y reclamos.	Se brinda apoyo a las respuestas de quejas, reclamos y peticiones llegadas al servicio de radiología, como para el mes de septiembre, en el cual se apoyó en la respuesta a peticiones para el servicio de radiología de los hospitales de Chapinero y Engativá, dando cumplimiento a cero quejas en el servicio.
Apoyar con la implementación de las acciones de mejora correspondientes a las auditorías internas y externas.	Participé activamente en las acciones de mejora correspondientes de acuerdo al seguimiento de auditorías internas y externas presentadas en el mes de septiembre en el servicio, dando cumplimiento en la oportunidad en la lectura y firma de los estudios radiológicos.
Usar correctamente las instalaciones, equipos y demás elementos disponibles para el desarrollo de sus actividades. Así mismo informar oportunamente el deterioro o mal funcionamiento de estos.	Usé adecuadamente los elementos y el equipo a cargo, como el ecógrafo, dando uso adecuado de los espacios y servicios con los que cuenta la sede. Se realizó reporte por mesas de servicios desde intranet sobre algún daño presentado al ecógrafo.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Realicé explicación al paciente sobre el consentimiento informado de acuerdo al procedimiento a realizar, riesgos y beneficios que se obtienen en la realización del estudio de ecografía y/o Doppler, los cuales quedaron con mi firma y número de identificación.
Aplicar la plataforma estrategia (misión visión, principios, valores, objetivos estratégicos entre otros) así como la implementación de las políticas institucionales.	Ingresé desde intranet y verifiqué la misión, visión, valores, los cuales se encuentran en la plataforma estratégica de la subred norte. Durante el mes de septiembre se verificó la plataforma estratégica por medio de la reunión de conectados de imagenología.
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred si aplica para su perfil.	Realicé la lectura de los estudios tomados en el servicio de radiología, los cuales se encuentran en el sistema EDX, y se dio el cumplido en el sistema Dinámica Gerencial. Se verificó que todos los estudios quedaran firmados, dando cumplimiento a la oportunidad del servicio.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención dejando registro clínico.	Se verificó en dinámica las historias clínicas de los pacientes, para toma de estudios de ecografía y Doppler, así mismo para los pacientes de RX para los cuales se realizó lectura y firma de los estudios solicitados, de acuerdo a su información cínica.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales, realizar pago mensual de la planilla de seguridad social y realizar el cargue de estos junto con la certificación de cumplimiento a la plataforma SECOP II de forma oportuna.	Realicé informes de actividades de forma mensual y para el mes de septiembre ingresé a la plataforma Meli Portal y realicé cargue de obligaciones específicas, actividades y producto, realicé de forma mensual el pago de mi planilla de seguridad social. Realicé el cargué de los documentos en la plataforma SECOP II.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Realicé la verificación de los contratos designados en el servicio de imágenes diagnósticas, contribuyendo en la verificación de la calidad y dando respuesta oportuna y cumplimiento.
Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Apoyé en el mantenimiento y mejora del sistema de la garantía de la calidad institucional de acuerdo al desarrollo de las responsabilidades asignadas para el servicio de radiología en los Hospitales de Chapinero y Engativá y todo lo relacionado con el sistema único de habilitación. Estuve presente en las auditorías que se presentaron durante el mes de septiembre en el servicio de imágenes diagnósticas, participando en la feria de los ejes de acreditación.
Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Realicé un trato humanizado a los usuarios que asistieron al servicio de radiología de los Hospitales de Chapinero y Engativá; se verificó la historia clínica acorde a cada procedimiento que se realizó durante el mes de septiembre. Participé en la feria de los ejes de acreditación realizada en los Hospitales de Chapinero y Engativá.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato y a las necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de los puntos de atención.	Realicé las demás actividades como médico radiólogo del servicio de imágenes diagnósticas, las cuales puedo desempeñar desde cualquier sede de la Subred Norte en la lectura y firma de estudios desde EDX.

OBSERVACIONES:

93 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 12.730.689 — DOCE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

Fecha: 30/09/2026	Fecha: 30/09/2026

_____ **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTINEZ CC: 80171936	 _____ **FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR** LUZ DARY CAMPOS MORENO CC: 52249303

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	80171936	OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTINEZ	Carrera 12D # 22B-82 sur	3102260906	oswin@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
		94253915	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$4.646.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.250.000	0		0		0	0	0	0	1.250.000	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	2.600.000	0	0	50.000	50.000	0	0		2.700.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	696.000				696.000	0	0	696.000			6.960	696.000	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	1.250.000	1.250.000
Pensión	1	2.700.000	2.700.000
Riesgos Laborales	1	696.000	696.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.646.000	4.646.000

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	80171936	OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTINEZ	Carrera 12D # 22B-82 sur	3102260906	oswin@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
		94253915	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$4.646.000	

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	Excarcelado	INS	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 80171936	CAICEDO MARTINEZ OSWIN HUMBERTO	57	0			N																	25-14	10.000.000	30	2.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS017	10.000.000	30	1.250.000	14-11	10.000.000	30	5	696.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
81888de1e3ff385dfe18936c6fe9c67c4ff937cd51249981305ad8c45752bb658391ca99dcc577aa1b587a117e5d40d5

Número de Factura: FEQ-199
Fecha de Emisión: 23/09/2026
Fecha de Vencimiento: 23/09/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CAICEDO MARTINEZ OSWIN HUMBERTO
Nombre Comercial: CAICEDO MARTINEZ OSWIN HUMBERTO
Nit del Emisor: 80171936
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 12 D 22 B 82 SUR
Teléfono / Móvil: 6012721462
Correo: oswin@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900971006
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CALLE 66 # 15-41
Teléfono / Móvil: 6014431790
Correo: facturacion@subrednorte.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	Serv	Servicios prestados como médico radiólogo en el mes de septiembre 2026	NIU	1,00	$ 12.730.689,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 12.730.689,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
23/09/2026 18:12:04
Documento validado por la DIAN:
23/09/2026 18:12:05
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	12730689
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12730689
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	12730689
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 12730689

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	12.730.689,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12.730.689,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12.730.689,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 12.730.689,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764112702541 Rango desde: 192 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-01-17