GOBERNACION DE ANTIOQUIA

GOBERNACION DE ANTIOQUIA

RECIBO A SATISFACCION

NUMERO DE DOCUMENTO : 5000198932

FACTURA: INFORME 2	**Nro ACTA:**	**DOC CAUSACION:**
CODIGO PROVEEDOR: 2400000026	**NIT:** 8001650509	**NOMBRE / RAZON SOCIAL :** E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME DE MUR
Nro CONTRATO: 4600013858	**DEPENDENCIA:** SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC	
FECHA SUSCRIPCION CONTRATO: 08.08.2022	**OBSERVACION:**	

PEDIDO: 1. 4500057087 SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC

PED	POS PED	ANT	FONDO	CODIGO MATERIAL / SERVICIO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UMB	V/R UNI. SIN IVA	% IVA	V/R UNI. INC. IVA	TOTAL INC. IVA
	2		0-PS3031	1002452	PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA*	37622381	UN	1,000	0%	1,0000	37.622.381,000

V/R TOTAL NETO	37.622.381,000
V/R TOTAL IVA	0,000
V/R TOTAL	37.622.381,000

REVISIÓN DE SOPORTES Y REQUISITOS DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD

1. Factura Original	V.Bo.	8. Firma y tel. Supervisor, # factura, contrato, fecha, y acta	V.Bo.
2. Resolución de facturación vigente	V.Bo.	9. Porcentaje de particiación si es consorcio o unión Tem.	V.Bo.
3. Cumple requisitos de factura Art. 617 E.T.	V.Bo.	10. T.P y antecedentes disciplinarios contador Per.Jurid.	V.Bo.
4. Recibo a satisfacción por fondo	V.Bo.	11. Informe de seguimiento	V.Bo.
5. RPC del pago	V.Bo.	12. Certificado de Industria y Comercio si se requiere	V.Bo.
6. Contrato y Rut actualizado.	V.Bo.	13. En caso de adición se deben anexar Otro SI o Adición	V.Bo.
7. Soportes del pago a seguridad social	V.Bo.	14. Elaborar Documento Equivalente si se requiere	V.Bo.
		15. Rut Consorciados o integrantes de unión la temporal	V.Bo.

DEDUCCIONES Y RETENCIONES

V.Bo.	Estampillas	
V.Bo.	Contribución Especial	
V.Bo.	Retención de IVA	
V.Bo.	Retención en la Fuente	
V.Bo.	Retención en la Fuente Obra Púb.	
V.Bo.	Retención Empleados 1070	
V.Bo.	Retención Industria y Comercio	
V.Bo.		

MOVIMIENTO REALIZADO POR: Juan Carlos Ramirez Giraldo

SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)

Bedoya Jimenez , Gladys

GOBIERNO DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA DE SALUD

NOTIFICACIÓN DE DOCUMENTO : 2020100892

DEPARTAMENTO : ANTIOQUIA

DOC. IDENTIDAD : 43062818

NOMBRE : [illegible]

FECHA NACIMIENTO : [illegible]

EDAD : [illegible]

SEXO : [illegible]

DIRECCIÓN : [illegible]

TELÉFONO : [illegible]

MUNICIPIO : [illegible]

ENTIDAD : [illegible]

FECHA : [illegible]

DOC. DILIGENCIA : [illegible]

NOMBRE : [illegible]

FIRMA : [illegible]