E.S.E HOSP. SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO

ITUANGO

NIT: 890.980.840 - 3

OBLIGACION PRESUPUESTAL No. EOB 30096333

FACTURA PROVEEDOR VIG. ANTER No. FP 2 Fecha: **Abr.30/2024**

Señor(es): **POSADA MESA JIMENA**

Nit: **1.193.575.628-4** Valor: **2,835,000.00**

Dirección: **CL 18 AC BIS ESTE, 05361**

Concepto: **PRESTACION DE SERVICIOS TECNICO SALUD ORAL COORDINADORA EBS**

VALORES DOCUMENTO			
Vr. Exento:	3,000,000.00	**Vr. Gravado:**	
Vr. IVA:		**Vr. Retención:**	
Vr. RetelVA:		**Vr. Timbre:**	
Vr. Estampilla:	135,000.00	**Vr. Dscto.Gravado:**	
Vr.Dscto.Exento:		**Vr. Neto:**	2,835,000.00
Son: **DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/L.#**			

IMPUTACION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE RUBRO	COMP.	DISPO.	VALOR
2450209007	Personal Asistencial EBS	C24133	D24133	3,000,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA	NOMBRE	DEBITO	CREDITO
24905501	SERVICIOS		2,835,000.00
7314021102	SERVICIOS	3,000,000.00	
24362702	RETENCION INDUSTRIA Y COMERCIO 10 X 1		30,000.00
24072204	ESTAMPILLA PRO- ADULTO MAYOR 4%		120,000.00
24072205	ESTAMPILLA PRO ELECTRIFICACION RURAL		15,000.00

Elaborado Por **Autorizado** **Revisado**