DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c19f6071a1030b4c9c1e8c1e5812d4891b3545134d33683a60b2d73bc67a48ee77eb222e71bc5568d3ad67a1fb763204

Número de Factura: FEVD-2057
Fecha de Emisión: 16/08/2024
Fecha de Vencimiento: 15/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: LACERA RINCON MONICA PAOLA
Nombre Comercial: LACERA RINCON MONICA PAOLA
Nit del Emisor: 36722685
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Magdalena
Municipio / Ciudad: Santa Marta
Dirección: CR 4 21 180 CA 15 SEC RODADERO SUR
Teléfono / Móvil: 4230668
Correo: monicalacera29@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900552743
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Magdalena
Municipio / Ciudad: Santa Marta
Dirección: KM 12 SEC BURECHE VIA ALTERNA AL PUERTO
Teléfono / Móvil: 3214317183
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.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		Servicios de ginecología y obstetricia	NIU	1,00	$ 9.495.610,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 9.495.610,00

Notas Finales

#$16-01-02-048;89-7-20009-24;natalia.villaneda@correo.policia.gov.co#$ Honorarios Ginecobstetricia correspondiente al mes de agosto de 2024
Linea de negocio: Servicios de Ginecobstetricia

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-08-16 10:11:02
Documento generado el: 2024-08-16 10:11:00
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			9.495.610,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			9.495.610,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			9.495.610,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	9.495.610,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764071102381 Rango desde: 2051 Rango hasta: 2100 Vigencia: 2026-05-22

Santa Marta. D.T. C.H, 01 septiembre de 2024.

Señores:
POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MONICA PAOLA LACERA RINCON, en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 36.722.685 expedida en Santa Marta Magdalena , para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para asistenciales de 2,436% y para administrativos del 0,522%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 89-7-20009-24 con la POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA.

Cordialmente,

MONICA PAOLA LACERA RINCON.
C.C. N° 36.722.685 Exp. Santa Marta.
Celular: Nº 3015545571

Santa Marta, D.T.C.H, 01 septiembre de 2024

Señores:
POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA
Policía Nacional

Yo, MONICA PAOLA LACERA RINCON, identificado con cedula de ciudadanía N° 36.722.685 de Santa Marta para efectos previsto en la ley 1607 de 2012 y el decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de hacienda y crédito público. Certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado según el art. 329 del E.T. Teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos. Provienen de la actividad de profesiones liberales desarrolladas en el POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA además de mi condición es de DECLARANTE del impuesto sobre la renta.

Atentamente

MONICA PAOLA LACERA RINCON
C.C. N° 36.722.685 de Santa Marta.
Celular: 3015545571

INFORME DE GESTION MENSUAL

Ciudad y Fecha	Santa Marta D. C. T. H, 01 septiembre de 2024
Nombre	**MONICA PAOLA LACERA RINCON**
Doc. Identidad	C.C. N° 36.722.685
Contrato	N° 89-7-20009-24
Fecha contrato	04 abril de 2024
Objeto Contractual	Servicios Asistenciales como: **Ginecóloga y Obstetricia.**
Período reportado	01 al 30 agosto de 2024

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL	CANTIDAD
PRACTICA EXAMENES DE MEDICINA ESPECIALIZADA	429
REALIZA PROCEDIMIENTO DE SU ESPECIALIDAD	429
DEFINIR EL PLAN DE NECESIDADES DEL PROCESO DE CONSULTA	429
CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LA APLICACIÓN DE LAS GUIAS DE MANEJO, MANUALES DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN TODAS LAS ACTIVIDADES DE ATENCION DEL PACIENTE	429

MONICA PAOLA LACERA RINCON
C.C. N° 36.722.685 de Santa Marta
Ginecóloga.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36722685
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MONICA PAOLA LACERA RINCON
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CLL 27 12 - 41	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7935099654**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		855290749

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 607.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 607.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 474.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 474.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.082.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.082.600**

Planilla Pagada