Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO– GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.032.400.991		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTEE.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1480 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 40.624.760	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	20/03/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 190.505.503		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$	20.312.380
Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP:**	13723	**Nº CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5
VALOR ADICIONADO	$ 20.312.380,00	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20936	**TIEMPO PRORROGA** UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 20.312.380,00	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23821	**TIEMPO PRORROGA** UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 27.083.173,00	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29104	**TIEMPO PRORROGA** UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 21.235.670,00	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32950	**TIEMPO PRORROGA** UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 60.937.140,00	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36481	**TIEMPO PRORROGA** TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/C
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Prestar sus servicios profesionales como médico especialista, realizando consultas médicas conforme al estandar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E
2	Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente.
3	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
4	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
5	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
6	Elaborar historia clinica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las politicas de la Subred.
7	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
8	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
9	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.
10	Las demas actividades que se requieran para dar cumplimiento al contrato y que se acuerden con el supervisor contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
11	Emitir conceptos médicos que se le requieran.
12	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos
13	Cantidad de horas realizadas en el proceso: 220 Horas de consulta al mes de octubre. 56 horas de consulta (24 horas hospital la Victoria), 16 horas de posoperatorios y 148 de procedimientos.

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80884560	**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SANITAS	10/10/2024	$	1.015.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/10/2024	$	1.381.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA SEGUROS	10/10/2024	$	198.000
OTRO				
	TOTAL PAGADO			**$ 2.595.100**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro

2 - Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior a pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)

3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .

4 - Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

ANDRES SALAMANCA G.

ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO
CC: 1.032.400.991 de Bogotá
CEL:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO	**CC:**	1032400991
		RUT (NIT):	1032400991-8
CORREO ELECTRÓNICO:	andressalamanca@yandex.com	**TELÉFONO:**	310 5726332
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 28 13A - 24	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	055048840519791l

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 1480 2024	**N° CDP:**	2606	**N°. RP:**	36481	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$ 190.505.503**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**20.312.380**
	VEINTE MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE					

ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO
CC: 1.032.400.991 de Bogotá
CEL: 310 5726362

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CODIGO: AP-IA-FT-078
VERSION: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.032.400.991**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1480 2024			**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				40.624.760,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 190.505.503,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 20.312.380,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	10/10	**N° CRP INICIAL:**	13723	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (09) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80884560	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	IBL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICION – PRORROGA):**				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 20.312.380	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**RP DE LA ADICIÓN:**	20936	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 20.312.380	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**RP DE LA ADICIÓN:**	23821	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 27.083.173	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**RP DE LA ADICIÓN:**	29104	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 21.235.670	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**RP DE LA ADICIÓN:**	32950	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 60.937.140	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**RP DE LA ADICIÓN:**	36481	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE POLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		XX	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presento satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS **EDISON SANCHEZ QUINTERO** ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

LISBETH P. A
LISBETH PINZON AYALA
Referente Consulta Externa San Blas

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	1032400991	ANDRES FELIPE SALAMANCA GUERRERO		carrera 12 # 140 - 42	3105726332	andressalamanca@yandex.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80884560	$2.595.100	

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	1.015.700	0		0		0	0	0	0	1.015.700	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	1.300.000	0	0	40.700	40.700	0	0		1.381.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.000				198.000	0	0	198.000			1.980	198.000	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	1.015.700	1.015.700
Pensión	1	1.381.400	1.381.400
Riesgos Laborales	1	198.000	198.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.595.100	2.595.100

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c88747e7a1d7e7c1db04630e990777fd04d33ccffe4175c30bbfb9b54264550c0871080608fb6562b794e4bd70fed743

Número de Factura: FEV-31
Fecha de Emisión: 10/10/2024
Fecha de Vencimiento: 10/10/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE
Nombre Comercial: SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE
Nit del Emisor: 1032400991
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8622

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 12 140 42 BRR CEDRITOS
Teléfono / Móvil: 3105726332
Correo: andressalamanca@yandex.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: TRANSVERSAL 5 ESTE # 19-50 SUR
Teléfono / Móvil: 3282828 EXT. 13192
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.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	001	Servicios MedicoQuirurgicos	HUR	220,00	$ 92.329,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 20.312.380,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
10/10/2024 23:11:32
Documento validado por la DIAN:
10/10/2024 23:11:33
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			20.312.380,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			20.312.380,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			20.312.380,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	20.312.380,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764072126961 Rango desde: 20 Rango hasta: 100 Vigencia: 2024-12-03