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						
JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.861.112			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1279 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 28.954.500**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 210.499.215**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 13.994.675**	
Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP:**	13469	**Nº CDP:**	146	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES DIEZ (10) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 35.710.550**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21186	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.053.630**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24097	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 30.498.740**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28910	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 21.233.300**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32301	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 63.699.900**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36250	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 26.348.595**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45642	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

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

ITEM	**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)**
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad
2	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.
3	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participar en la programación de actividades del área
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	Notificar los sucesos 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
8	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada
11	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.

13	Emitir conceptos médicos que se le requieran.
14	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.
15	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos.
16	. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacinadas con el cumpliminto de sus abligaciones contractuales.
17	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.
18	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
19	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**82507139**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	9/12/2024	$ 1.056.600
PENSIÓN:	PROTECCION	9/12/2024	$ 1.437.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	$ 206.000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 2.699.800

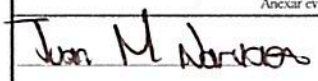
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 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 período correspondiente



JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ
CC:79861112
CEL:3108683561

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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ	**CC:**	79861112
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	juanmanarvaez7@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108683561
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 83 A No 114 - 90	**CIUDAD:**	BOGOTA DC

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

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

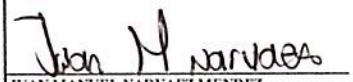
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y

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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**057000487046928 7**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1279 2024**	**Nº CDP:**	**3757**	**Nº. RP:**	**45642**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOCE (12)MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 210.499.215**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**13.994.675**
	TRECE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCTE					



JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ
C.C 79861112
cel: 3108683561

Secretaría Distrital 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**79.861.112**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1279 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**			28.954.500
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 210.499.215		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 13.994.675
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(12 de 12)	**Nº CRP INICIAL:**	13469	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES DIEZ (10) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		82507139	**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	**$ 35.710.550**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**RP DE LA ADICIÓN:**	21186	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.053.630**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	24097	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 30.498.740**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	28910	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 21.233.300**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	32301	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 63.699.900**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**RP DE LA ADICIÓN:**	36250	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 26.348.595**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**RP DE LA ADICIÓN:**	45642	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) 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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA

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 presentó 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 articulo 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **PERFIL:** **REFERENTE CLINICAS MEDICAS**

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	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ		Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82507139	$2.699.800	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	1.053.000	0		0		0	5	3.600	0	1.056.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporta Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.347.900	0	0	42.200	42.200	5	4.500	400	1.437.200	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	205.300				205.300	5	700	206.000			2.053	206.000	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	1.053.000	1.056.600
Pensión	1	1.432.300	1.437.200
Riesgos Laborales	1	205.300	206.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.690.600	2.699.800

PAGADA

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

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

NIT: 79861112-8
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
Calle 83 A No. 114-90 et. 3 Ca 14, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3108683561
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Autorización facturación electrónica No. 18764083432346 válida desde 2024-11-14 hasta 2025-05-14 rango desde FE169 hasta FE400

DATOS DEL CLIENTE	
	900959051
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
	3444484
	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
	FE173
	02/12/2024 13:30:19-05:00
	COP Colombia, Pesos
	Contado
	Otro
	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos NOM.	Impuestos % o VAL	Impuestos MONTO	Dcto.	Total
1	001	SERVICIOS PROFESIONALES Prestación de servicios como Médico Internista	HUR	145,00	$96.515,00				0,00	$13.994.675,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe		
					$13.994.675,00
					$0,00
					$0,00
					$13.994.675,00

	53aafb78ac3f2e114de815767da6f1ea8448e339f3966b0dae7be1d798b8d70db20b6c237f01fe0895e8d4d478c95b5c
	(trece millones novecientos noventa y cuatro mil seiscientos setenta y cinco pesos)

Firma Digital: qWSnsXoiSBVMPyt9ou/221MGfZfFZwGtQmwCrxSHRhK6J7a9Bb8ZVCsLmXyu4jp
+j0EkthG9/nIP+TkySWtBk3VWZZWX2gsV1Nr4JeFLlgynoZCy
XJlvdaHUD1DkAn NvebIloyvYd/XXMzLxSiMRDzb/T2844bDFMRua8m5wYVKmYoFehSWa4cKaf2g/PgFP 34Tnxnwck4B7tsRgSC50mxxMxkxAlqs19u0
MmvLsOwBgvdmSGK8/v8yJOx7ex+p 0+RAp7zg92W7GHSJ1+zymVrqUUaiY5KP8VSPYdTNtaTK9UZMNY0Jw+U/b46dbKw PpqYLk+5oO/arHpJuUi3
TQ==

Esta factura es un titulo valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0 PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8 facturatech