

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

SUPERVISOR(A) (ES): MARIA AURORA PULGARIN ARCILA

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.
183	JUAN BERNARDO BETANCOURT RENDON	8.324.524
FECHA INICIO	3/02/2025	FECHA TERMINACIÓN
		31/12/2025
		No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA
		55125

**Objeto del Contrato:**

Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios profesionales a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización ARN - Dirección Programática de Reintegración - Subdirección Territorial para apoyar la gestión jurídica y el desarrollo de las actividades misionales de los grupos territoriales asignados conforme la normatividad vigente y de acuerdo con las directrices establecidas por la Entidad

<b>CONTRATO</b>	<b>VALOR \$</b>				
INICIAL	\$ 66.282.787	PAGOS ACUMULADOS (2)	\$ 0		
VR. ACTUAL (1)	\$ 66.282.787	VR. A PAGAR (3)	\$ 5.658.287	<b>SALDO CONTRATO (=1-2-3)</b>	\$ 60.624.500

EL CONTRATISTA PRESENTA SOPORTES EN LA QUE CONSTA EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y ARL, POR VALOR CORRESPONDIENTE AL PAGO CERTIFICADO, ASI:

Régimen: No Responsable de IVA

FEBRERO            Otro:

**CERTIFICO BAJO MI ENTERA RESPONSABILIDAD QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO, EN LOS TÉRMINOS Y TIEMPO PACTADOS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES ESPECIALMENTE LA LEY 1474 DE 2011,**

POR LO TANTO AUTORIZO EL PAGO POR VALOR DE: \$ 5.658.287 CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: 03 febrero al 28 febrero 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
55125	A-03-03-01-001	5.658.287	A-02-02-02-008-003-09	5.658.287
		5.658.287		5.658.287

**OBSERVACIONES y ANEXOS:** (Relacione No(s), FACTURA(S) en caso que aplique; escriba comentarios que considere relevantes para el pago; informe o relacione los anexos o documentos adicionales; tenga en cuenta que puede afectar varios rubros presupuestales y/o dependencias de gasto; solicite ayuda para diligenciar de ser el caso).

El pago de la PILA No. 9482151564 correspondiente al periodo de cotización Febrero de 2025, se realizó el día 24/02/2025 El valor de los aportes al SGSS fueron liquidados correctamente y validados en la plataforma establecida por el Ministerio de salud.

\_\_\_\_\_  
FIRMA SUPERVISOR(A)(ES) Y/O INTERVENTOR(A)(ES)

\*El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos. En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link: <http://www.reintegracion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8324524		BETANCOURT RENDON JUAN BERNARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 89A No. 83-11 torre 6 apto 104	APARTADO-ANTIOQUIA	8283538	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1289046014	9482151564	I	2025/03/07	2025/02/24	BANCOLOMBIA	0	\$750,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,425,000	\$388,000			\$2,425,000	\$303,200					\$0	\$0			\$2,425,000	\$59,100			\$0	\$0					
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,425,000	\$388,000			\$2,425,000	\$303,200					\$0	\$0			\$2,425,000	\$59,100			\$0	\$0					
Ciudad: APARTADO Depto: ANTIOQUIA ( 1 Afiliados)					\$2,425,000	\$388,000			\$2,425,000	\$303,200					\$0	\$0			\$2,425,000	\$59,100			\$0	\$0					
1	CC 8324524	BETANCOURT JUAN	25-14	30	\$2,425,000	\$388,000	EPS010	30	\$2,425,000	\$303,200		0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,425,000	\$59,100	0		\$0	\$0						
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$2,425,000	\$388,000			\$2,425,000	\$303,200					\$0	\$0			\$2,425,000	\$59,100			\$0	\$0					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8324524		BETANCOURT RENDON JUAN BERNARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 89A No. 83-11 torre 6 apto 104	APARTADO-ANTIOQUIA	8283538	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-02	2025-02	1289046014	9482151564	I	2025/03/07	2025/02/24	BANCOLOMBIA	0	\$750,300	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$388,000	\$0	\$0	\$388,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$388,000	\$0	\$0	\$388,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$59,100	\$0	\$0	\$59,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$59,100	\$0	\$0	\$59,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$750,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$750,300</b>	

Yo, JUAN BERNARDO BETANCOURT RENDÓN, identificado(a) como aparece al pie de mi firma y en calidad de contratista de prestación de servicios personales de la **Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN** según el contrato No. **183** de **2025**, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Para efectos de las deducciones que otorga el artículo 387 del Estatuto Tributario:

1.1. Tengo derecho a la deducción por intereses y corrección monetaria ya que actualmente me encuentro pagando un crédito hipotecario: SI\_\_\_\_, NO . Para el efecto anexo el certificado correspondiente. La proporción que se debe aplicar será del \_\_\_\_%.

**Nota 1.** En virtud del artículo 8 del Decreto 3750 de 1986, cuando el crédito haya sido otorgado a varias personas se aplicará proporcionalmente a cada una de ellas, cuando el crédito fuere otorgado a ambos cónyuges, la deducción podrá ser solicitada en su totalidad en cabeza de uno de ellos siempre y cuando manifieste en su solicitud que el otro cónyuge no la ha solicitado. En el caso de los trabajadores que laboren para más de un patrono esta deducción sólo podrá ser solicitada ante uno de ellos.

**Nota 2.** En caso de que el certificado de crédito hipotecario esté a nombre de dos o más personas y el contratista certifique que se le aplique el 100%, éste manifiesta bajo la gravedad del juramento que la(s) otra(s) persona(s) no solicitará(n) dicho descuento.

1.2. Tengo derecho a la deducción por pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen la protección mía, de mi cónyuge, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s): SI\_\_\_\_, NO . Para el efecto anexo el certificado correspondiente.

1.3. Tengo derecho a la deducción por pagos efectuados por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, que impliquen la protección mía, de mi cónyuge, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s): SI\_\_\_\_, NO . Para el efecto anexo la certificación correspondiente.

**Nota 3.** Las deducciones contempladas en los numerales 1.2 y 1.3 se aplicarán siempre y cuando el contratista sea el titular del respectivo contrato y/o póliza.

## Certificación – Retención en la fuente

A continuación, relacionar los beneficiarios del plan de medicina prepagada y/o póliza de seguro de salud como figuran en el certificado correspondiente, que se debe anexar a este documento:

TIPO DE PAGO (medicina prepagada o póliza de seguro)	NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO

Para validar los beneficiarios, anexar los documentos según el parentesco; así:

- a) Cónyuge: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho.
- b) Hijos menores de 18 años de edad: Registro civil de nacimiento.
- c) Dependientes:
  - Hijos que tengan entre 18 y 23 años de edad que dependan económicamente y que se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente: Registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o contraseña según corresponda y certificado de estudios expedido por la institución educativa con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario.
  - Hijos mayores de 18 años de edad que se encuentren con dependencia originada en factores físicos o psicológicos: Registro civil de nacimiento y certificado de medicina legal donde conste la discapacidad.
  - Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho; copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.
  - Padres y hermanos que dependan económicamente, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Registro civil de nacimiento del contratista y de los hermanos, copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los

## Certificación – Retención en la fuente

ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.

2. Tengo derecho a la deducción mensual por el concepto de dependiente. SI , NO \_\_\_\_.  
Para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a la siguiente persona:

NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO
VALERY BETANCOURT HENAO	1028016227	13 AÑOS	HIJA
JUAN FELIPE BETANCOURT ROMAN	1032195842	3 AÑOS	HIJO

**Nota 4.** Se consideran dependientes las siguientes personas y para soportar esta condición se deben aportar los siguientes documentos:

- a) Hijos menores de 18 años de edad: Registro civil de nacimiento.
- b) Hijos que tengan entre 18 y 23 años de edad que dependan económicamente y que se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente: Registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o contraseña según corresponda y certificado de estudios expedido por la institución educativa con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario.
- c) Hijos mayores de 18 años de edad que se encuentren con dependencia originada en factores físicos o psicológicos: Registro civil de nacimiento y certificado de medicina legal donde conste la discapacidad.
- d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho; copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.
- e) Padres y hermanos que dependan económicamente, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Registro civil de nacimiento del contratista y de los hermanos, copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.

**Nota 5:** La deducción por el concepto de dependiente no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

3. Aplicar mensualmente sobre la base gravable una tarifa del \_\_\_\_\_%, adicional a la legalmente establecida por concepto retención en la fuente.
4. Los documentos soportes del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión que se presentarán durante la ejecución del contrato de prestación de servicios, corresponderán a los ingresos provenientes de éste.

En constancia de lo anterior, se suscribe el día 28 de febrero de 2025

---

**JUAN BERNARDO BETANCOURT RENDON**

C.C. No. 8.324.524 de Apartadó – Antioquia



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.028.016.227

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51627886

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina  
Registratura  Notaria  Número  Corralado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 9 T

REGISTRADURIA DE APARTADO - COLOMBIA - ANTIOQUIA - APARTADO

Datos del inscrito  
Primer Apellido: BETANCOURT  
Segundo Apellido: HENAO

VALERY  
Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes FEB Día 11 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)  
COLOMBIA ANTIOQUIA CHIGORODO

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO  
Número certificado de nacido vivo: 11218148-8

Datos de la madre  
Apellidos y nombres completos: HENAO ZULETA EIDI JOHANA  
Documento de identificación (Clase y número): CC 1.027.954.885  
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre  
Apellidos y nombres completos: BETANCOURT RENDON JUAN BERNARDO  
Documento de identificación (Clase y número): CC 8.324.524  
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante  
Apellidos y nombres completos: BETANCOURT RENDON JUAN BERNARDO  
Documento de identificación (Clase y número): CC 8.324.524  
Firma: [Handwritten Signature]

Datos primer testigo  
Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_  
Documento de identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Datos segundo testigo  
Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_  
Documento de identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: Año 2012 Mes FEB Día 20  
Nombre y firma del funcionario que autoriza: PEDRO PABLO CUEVA CASTRO - RE  
Firma: [Handwritten Signature]

Reconocimiento paterno  
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: \_\_\_\_\_  
Firma: [Handwritten Signature]

ESPACIO PARA NOTAS  
20.FEB.2012 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 115 FOLIO 231 SE HACE DE CONFORMIDAD A LA LEY 1395 DE 2010 ART 118.



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

DM  
C.C  
C.N  
ECH  
OR  
ES  
ALL  
C  
T  
A  
PG  
EX

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO



60787164

NUIP 1032195842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A X T

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - ANTIOQUIA - APARTADO NOTARIA 1 APARTADO \* \* \* \* \*

Datos del inscrito

Primer Apellido: BETANCOURT \* \* \* \* \* Segundo Apellido: ROMAN \* \* \* \* \*

Nombre(s): JUAN FELIPE \* \* \* \* \*

Fecha de nacimiento: Año 2 0 2 1 Mes N O V Día 2 5 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - ANTIOQUIA - APARTADO \* \* \* \* \*

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO \* \* \* \* \* Número certificado de nacido vivo 169938516 \* \* \* \*

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ROMAN SALINAS IRMA ROSA \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1027954853 \* \* \* \* \* Nacionalidad: COLOMBIA \* \* \* \* \*

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: BETANCOURT RENDON JUAN BERNARDO \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 8324524 \* \* \* \* \* Nacionalidad: COLOMBIA \* \* \* \* \*

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROMAN SALINAS IRMA ROSA \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1027954853 \* \* \* \* \*

Firma: *Irma Roman S.*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número): \* \* \* \* \* Firma: \* \* \* \* \*

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número): \* \* \* \* \* Firma: \* \* \* \* \*

Fecha de Inscripción: Año 2 0 2 1 Mes N O V Día 3 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DIEGO ALEJANDRO GAVIRIA VELAZQUEZ *DG*

Reconocimiento paterno: *[Firma]*

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: DIEGO ALEJANDRO GAVIRIA VELAZQUEZ *DG*

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS T38 F121.; 30/11/2021

*[Firma]*

Stamp: DIEGO ALEJANDRO GAVIRIA VELAZQUEZ NOTARIO UNICO DE APARTADO ANTIOQUIA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
97472a7fc3ac3af80d048af15be7d6edbe526b6f901e2a89824df6cbb8d79dae876b9d3661a198573b6d8bcd2de51182  
Número de Factura: JB-47  
Fecha de Emisión: 28/02/2025  
Fecha de Vencimiento: 28/02/2025  
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: BETANCOURT RENDON JUAN BERNARDO  
Nombre Comercial: BETANCOURT RENDON JUAN BERNARDO  
Nit del Emisor: 8324524  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 6910  
País: Colombia  
Departamento: Antioquia  
Municipio / Ciudad: Apartadó  
Dirección: BRR PARROQUIAL CL 93 95 A 72  
Teléfono / Móvil: 3205333477  
Correo: abogadobetancourt@hotmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION ARN  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 900477169  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: Cra 911 66 P 2  
Teléfono / Móvil: 4430020  
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.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	1	HONORARIOS CONTRATO 183 2025	NIU	1,00	\$ 5.658.287,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 5.658.287,00

## Notas Finales

#\$02-12-00;1209-2024;maripulgarin@reincorporacion.gov.co#\$  
Línea de negocio: 02-12-00

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 28/02/2025 10:36:51  
**Documento validado por la DIAN:**  
 28/02/2025 10:36:51  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
<b>Subtotal</b>	5658287
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	5658287
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	5658287
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 5658287</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
<b>Subtotal</b>	5.658.287,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	5.658.287,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	5.658.287,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 5.658.287,00</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764068880248 Rango desde: 1 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-04-12