DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
f8164708af16a8eb7fa2421e8658468b2d3cf3bf450536f2e11f928abc121d43d5ec74ca714492204946dd04961811f3

Número de Factura: FV-26
Fecha de Emisión: 11/06/2025
Fecha de Vencimiento: 11/06/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Débito Ahorro
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GARCIA PALENCIA VICTOR ANDRES
Nombre Comercial: GARCIA PALENCIA VICTOR ANDRES
Nit del Emisor: 1100394376
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4761
País: Colombia
Departamento: Sucre
Municipio / Ciudad: San Luis De Sincé
Dirección: CR 9 11 126 BRR LA BODEGA
Teléfono / Móvil: 3004827781
Correo: victorag295@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CENTRO DE SALUD DE SAMPUES SUCRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900208532
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
País: Colombia
Departamento: Sucre
Municipio / Ciudad: Sampués
Dirección: CL 21 24 37
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: general@esesampues.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	60	HOJAS CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA VACUNA COVID X AMBAS CARA	NIU	4.000,00	$ 800,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.200.000,00
2	61	HOJAS ENCUENTA COVID IMPRESA X UNA SOLA CARAS	NIU	4.000,00	$ 500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.000.000,00
3	62	HOJAS DE REGISTRO DIARIO VACINACION HISTORIA DE NINO PAI TAMAÑO OCTAVO	NIU	4.000,00	$ 1.200,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.800.000,00
4	63	HOJAS DE REMISION DE PACIENTES X UNA CARA	NIU	2.000,00	$ 500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.000.000,00
5	64	HOJAS DE RIPS DE ODONTOLOGIA	NIU	3.000,00	$ 500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.500.000,00
6	65	HOJAS DE RIPS DE VACUNACION	NIU	3.000,00	$ 1.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.000.000,00
7	66	HOJAS REGISTROS DIARIOS DE VACUNACION DE ADULTOS PAI	NIU	5.000,00	$ 1.100,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 5.500.000,00
8	67	HOJAS REGISTRO DE NIÑAS VACUNADAS CONTRA V.P.H. ESCOLAIZADAS Y NO ESCOLARIZADAS	NIU	5.000,00	$ 1.100,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 5.500.000,00
9	68	ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS	NIU	2.000,00	$ 500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.000.000,00
10	69	TALONARIOS DE RECETARIOS MEDICO X 100 HOJAS	NIU	64,00	$ 12.500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 800.000,00
11	70	CARNET MATERNO EN CARTULINA X AMBAS CARS A COLOR	NIU	2.000,00	$ 1.100,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.200.000,00
12	71	CARNET PLANIFICACION FAMILIAR IMPRESO POR AMBAS CARAS	NIU	1.000,00	$ 1.100,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.100.000,00
13	72	HOJA MEDICACION Y TRATAMIENTO DE URGENCIAS X UNA CARA	NIU	2.000,00	$ 500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.000.000,00
14	73	HOJAS DE EVOLUCION X AMBAS CARA DE URGENCIAS	NIU	2.000,00	$ 800,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.600.000,00
15	74	HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGIA	NIU	2.000,00	$ 700,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.400.000,00
16	75	HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGIA DE EXTRAMURAR DE DOS FORMA	NIU	2.000,00	$ 700,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.400.000,00
17	76	HOJAS DE HISTORIA CLINICA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL X AMBAS CARA X 2	NIU	3.000,00	$ 1.200,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.600.000,00
18	77	CARNET DE HISTORIA DE VACUNACION EN CARTULINA X AMBAS CARAS A COLOR	NIU	2.000,00	$ 2.400,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.800.000,00
19	78	CARNET DE VACUNACION EN CARTULINA X AMBAS CARA PEQUEÑOS	NIU	2.000,00	$ 1.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.000.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
11/06/2025 17:38:57
Documento validado por la DIAN:
11/06/2025 17:38:58
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	47400000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	47400000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	47400000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 47400000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

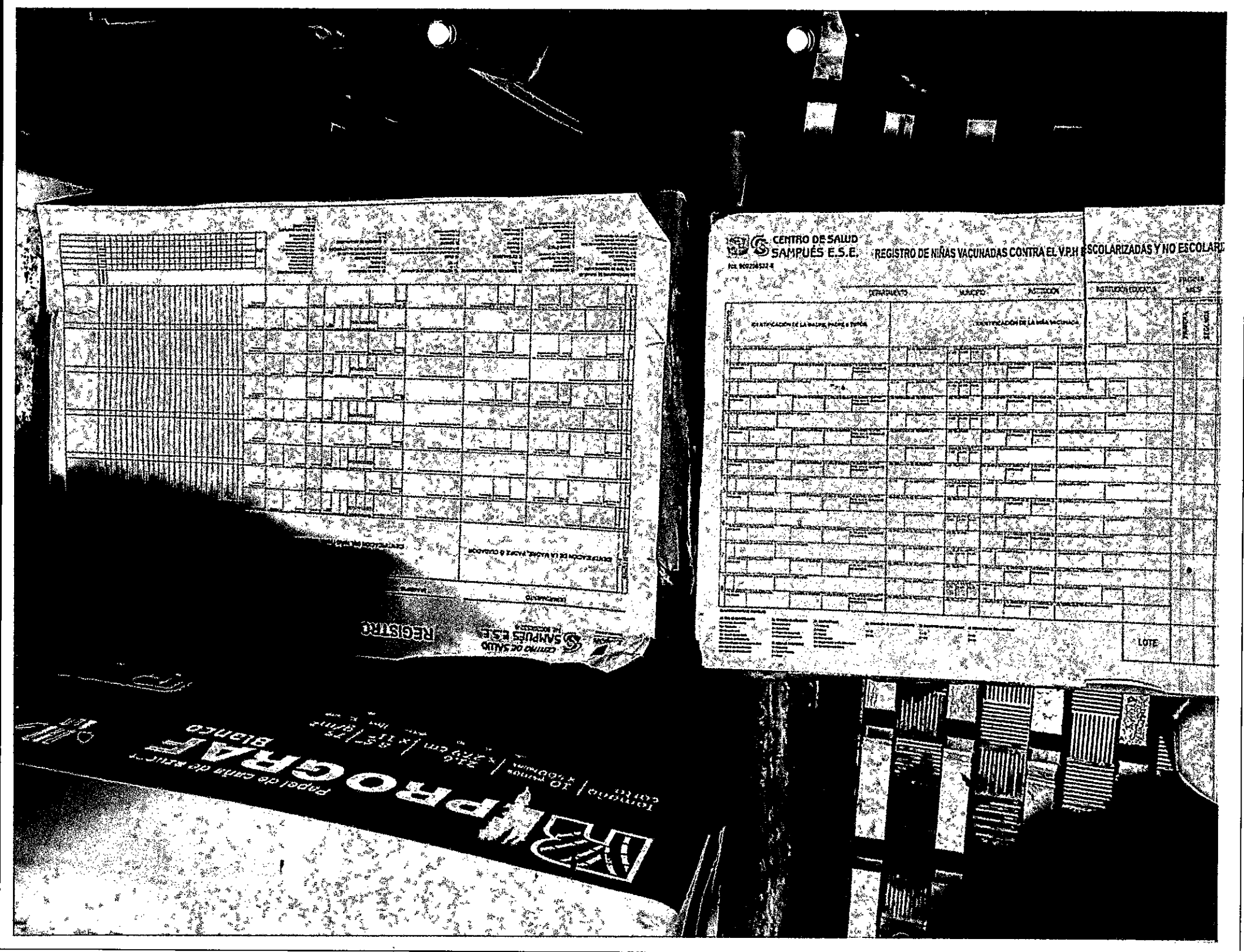
Subtotal	47.400.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	47.400.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	47.400.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 47.400.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764084993749 Rango desde: 1 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-12-09


CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
REGISTRO DE NIÑAS VACUNADAS CONTRA EL V.P.H
ESCOLARIZADAS Y NO ESCOLARI
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO
LOTE
REGISTRO
CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Papel de caña de azúcar
Blanco

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
NIt. 900 208 532-6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

YO _____ IDENTIFICADO CON TI IC _____

PADRE O ACUDIENTE DEL MENOR _____

IDENTIFICADO CON TI IC _____ DE _____ FECHA: _____

MENOR: _____ DISTRITO: _____

DECLARO: la ESE Centro de Salud del municipio de Sampués me suministró la información sobre la aplicación de la vacuna contra la Enfermedad Asociada

EN QUE LE BENEFICIARÁ: La Enfermedad Asociada VPH es una enfermedad producida por el virus del mismo nombre, se transmite a la mujer principalmente durante el contacto sexual con una persona infectada. Esta vacuna previene el cáncer de cuello uterino, vulva, vagina, ano y verrugas genitales, que son causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Es importante saber que la vacuna no cura el cáncer ni las verrugas genitales, pero sí puede prevenirlas. Esta vacuna es segura y muy eficaz para prevenir la infección por los tipos de VPH que causan la mayoría de los cánceres y verrugas genitales. Para poder obtener la máxima protección, la vacuna debe ser administrada antes de que la persona tenga contacto sexual.

CÓMO SE REALIZA: Se administra la vacuna vía subcutánea, en el tercio medio del músculo deltoides

CONTRAINDICACIONES (Razones por las pueden vacunar):

- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, por ejemplo, asociadas al síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH), trasplantados de órganos sólidos o receptores de precursores de células hematopoyéticas (médula ósea).
- Trasplantados de órganos sólidos o en terapia de larga evolución con inmunosupresores y radioterapia (cáncer).
- Infección por VIH.
- Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna. (anafilaxia, urticaria, angioedema, entre otros). Alergia grave a la proteína del huevo.
- Sistema inmune debilitado por alguna razón, por enfermedad o debido a un tratamiento con corticoide, quimioterapia, entre otros).
- Antecedentes de trastornos hemorrágicos.
- Enfermedad acompañada de fiebre alta o moderada o una infección aguda.
- Embarazo y lactancia en los primeros 9 meses.

RECOMENDACIONES: Descansar antes de la aplicación del biológico y permanecer sentado después de la aplicación de la vacuna.

RECUERDA QUE LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
NIt. 900 208 532-6

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN DE ADULTOS PAI

MINSALUD

DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____ INSTITUCIÓN _____ INSTITUCIÓN EDUCATIVA _____ PÁGINA: _____ MES: _____ AÑO: _____

IDENTIFICACIÓN DEL VACUNADO

CONSECUTIVO	DÍA	CONDICIÓN DE VACUNA	EDAD	TRIPLE VIRAL	ANTITETÁNICA REFUERZO	ANTITETÁNICA BÁSICA	ANTIGRIPAL	ANTIHEPATITIS B

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Certificado de vacunación

Nombres: _____

Apellidos: _____

Documento de identidad: _____ N°: _____

Fecha de vacunación: _____

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
CR 11 No. 14-21 B. Bolívar - Tel. 282 2118

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____

CENTRO DE SALUD SAMPUÉS E.S.E.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).

YO _____ IDENTIFICADO CON _____

FECHA _____ HORA _____ EDAD _____

NOMBRE DEL PADRE O CUIDADOR _____

DECLARAN: Que el personal de secretaría de salud y ESE Centro de salud del municipio de Sampués nos han explicado y hemos entendido la siguiente información sobre la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano.

EN QUE LE BENEFICIARÍA: Esta vacuna previene las lesiones precancerosas relacionadas con el virus del papiloma humano.

EN QUE CONSISTE Y PARA QUE SIRVE: El procedimiento de la vacunación consiste en la administración de un biológico para la prevención del cáncer cervical, vulvar y vaginal, lesiones precancerosas, verrugas genitales o infección persistente causada por el virus de papiloma humano.

COMO SE REALIZA: Se administra la vacuna vía intramuscular, en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).

RECOMENDACIONES: Desayunar antes de la aplicación del biológico y permanecer sentada por quince minutos después de la aplicación de la vacuna.

¡RECUERDA QUE LA VACUNACIÓN CON VPH ES SEGURA!

¡QUE VIVAN LAS MUJERES Y QUE VIVAN SIN CÁNCER DE CUELLO UTERINO!



Carrera 20 # 15-34, Teléfono 2837774, línea gratuita [illegible] - Código postal 700070
www.sampues-sucre.gov.co [illegible]

CENTRO DE SALUD SAMPUÉS E.S.E.

CENTRO DE SALUD SAMPUÉS E.S.E.	[illegible] - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CÓDIGO: P-AS-05
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 01
CL 21 No. 24-31 B. Bosa - Tel: 320 1181	SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA SALUD	EMISIÓN: 13/08/2018

Yo _____ identificado (a) con _____ como aparece al pie de mi firma, obrando en la calidad abajo indicada, en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981 hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones de impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del odontólogo tratante, otorgo mi consentimiento para que se me practiquen LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS Diagnósticos y/o terapéuticos que considere necesario y justificado.
2. Se le propone realizarle: _____
Valoración odontológica, intervención en salud oral, control de placa bacteriana, tratamiento de flúor.
3. Complicaciones: Aunque es un procedimiento seguro pueden presentarse complicaciones en la cual surgen algunos riesgos, los tratamientos de defensa del organismo. Los microorganismos que habitan nuestro cuerpo y la inflamación que existe entre ellos. Este hecho pone de manifiesto que existen algunos riesgos mínimos, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos. La posibilidad de que estas complicaciones se presenten pueden minimizar conociendo el estado de salud actual y los antecedentes médicos. Por lo tanto, doy fe de que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son mi responsabilidad y asumo el riesgo y el costo por el plan de tratamiento acordado, el cual se me ha explicado hasta mi total conformidad.
Relacionadas con la anestesia local: Ninguna _____
Otras complicaciones: Laceración y sangrado _____

4. Así mismo autorizo a la Clínica de manera expresa para que su personal auxiliar, odontológico y de auditoría, tenga acceso a la información aquí consignada para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, obligando guardar la reserva necesaria.
5. Asumo el costo por el plan de tratamiento acordado, el cual se me ha explicado hasta mi total conformidad.
6. Declaro que he sido advertido (a) por el odontólogo sobre los riesgos y beneficios del procedimiento que la práctica del mismo compromete una actividad médica de medios en el campo diagnóstico y/o terapéutico, pero no de resultado.
7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas o interrogantes que he formulado me han sido resueltas mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: SI ☐ NO ☐

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C.): SI ☐ NO ☐

Fecha de notificación: _____

Firma del paciente o representante: _____

Nombre de personal que recibe el consentimiento: _____

Firma del personal que recibe el consentimiento: _____

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1100394378
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			VICTOR ANDRES GARCIA PALENCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SINCE	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCIÓN:	SINCE	TELÉFONO:	2895818
TIPO APORTANTE:	024INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por menor de otros artículos domésti
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			79712196654	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES Junio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1548179078

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.500	$ 0	$ 227.500
SUBTOTALES:										$ 227.500	$ 0	$ 227.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF41	CCF41-CCF DEL SUCRE	1	$ 28.500	$ 0	$ 28.500
SUBTOTALES:			$ 28.500	$ 0	$ 28.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL:																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1100394378	GARCIA PALENCIA VICTOR ANDRES	INDEPENDIENTE MIE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 34.700	30	$ 1.423.500	CCF41-CCF DEL SUCRE	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

planilla Pagada

TOTAL PAGADO: $ 469.000