# HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE BARBOSA

Nit: 890.905.193-7

Cra 17 # 10 34 Tel: 6042502430 Fax:

CE

08 ABRIL 2025 8,468,010.00

SISTEMAS REDES Y SERVICIOS SAS

OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DIEZ PESOS CON CERO CENTAVOS M/L

## COMPROBANTE DE EGRESO 20145 Abr.08/2025

**Proveedor:** SISTEMAS REDES Y SERVICIOS SAS

**Teléfono:** 6042328582 **Fax:**

**Nit / C.C.:** 811.045.924 6 **Vlr. Pagado:** 8,468,010.00

**Banco Beneficiario:** 01 BANCO DE BOGOTA. **Nro. Cuenta:** 250086493 **Tipo de Cuenta:** Corriente

**Banco:** 01 BANCO DE BOGOTA. **Nro. Cuenta:** 0349326397 BANCO DE BOGOTA 0349326397 **Tipo de Cuenta:** Ahorros

**Cheque:** 1 **Vlr. Cheque:** 8,468,010.00

**Valor en Letras:** OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DIEZ PESOS CON CERO CENTAVOS M/L

**Concepto:** Fras 348

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vr. Br.:** | 7,940,000.00 | **Vr. Iva:** | 1,508,600.00 | **Notas:** | 0.00 |
| **Reten:** | 317,600.00 | **R. Iva:** | 226,290.00 | **R. Ica:** | |
| **Otros:** | 0.00 | **T. Ded:** | 543,890.00 | **Neto:** | 8,468,010.00 |

| Factura Número | | | Fecha Factura | Valor Factura | Valor Cancelado |
|---|---|---|---|---|---|
| XOT02 | 348 | 348 | Abr. 01 / 2025 | 8,468,010.00 | 8,468,010.00 |

### IMPUTACIÓN CONTABLE

| Cuenta | | Centro de Costo | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|---|
| 11100614 | BANCO DE BOGOTA 0349326397 | | | 8,468,010.00 |
| 24905501 | SERVICIOS | | 8,468,010.00 | |

### IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

| Vigencia | Centro de Costo | Compromiso | Certificado | Obligación | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | | 57 | XOP07 57 | OBL 4191 | 9,448,600.00 |
| **Rubro Presupuestal:** 21202020070401 | | Arrendamiento de Equipos -Vigencia actual | | | |

| Preparado | Subdirección Administrativa | Gerente |
|---|---|---|
| | | |

Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

## Internas, Aval y otros Bancos

**Empresa:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE
**Tipo Identificación:** NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 8909051937
**Generado por:** FRANCIA CRISTINA CORREA RAMIREZ

A continuación el detalle de: Resultado - Transferir

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nro. Autorización** | 40404529 | **Fecha de Emisión** | 2025/04/08 |

Origen

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo Producto** | Cuenta Ahorros | | |
| **Nombre Producto** | AHO6397 | **Nro. Producto** | *****6397 |
| **Fecha Transferencia** | 2025/04/08 | | |

Destino

| | |
|---|---|
| **Valor Transferencia** | $8,468,010.00 |
| **Nombre Destinatario** | SISTEMAS REDES Y SERVICIO |
| **Tipo Identificación** | NIT Persona Jurídica |
| **Nro. Identificación** | 08110459246 |
| **Entidad Financiera** | Banco de Bogotá |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Corriente |
| **Nro. Producto Destino** | 00000000250086493 |
| **Referencia / Nro. Factura** | PAGOFACT348 |
| **Información Adicional** | N/A |
| **Estado** | Exitosa |

**Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.**

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

CE. 20145

**SISTEMAS, REDES Y SERVICIOS S.A.S.**
**NIT: 811.045.924-6**
CARRERA 51 No 41 - 144 LOCAL 144
TELEFAX: 2328582
RÉGIMEN COMÚN
E-mail: siressas@gmail.com

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
## No.FVE 348

**Consecutivo UUID#** 1804-1-2266-a9650ee5-7e24-77f
**Vendedor:** SIRES SAS
**Fecha:** 2025-04-01 - abril-2025 14:59
**Fecha Vencimiento:2025-05-01 - 30 días**

Resolución y/o Autorización Dian No.18764075744174 FECHA 2024/07/25 NUMERACION DEL No. FVE 268 AL FVE 3000 VIGENCIA 2026/01/25
**CUFE:** 0675d720bb42b2e0aaacba2937b64336865ccd69831012394a65c25e677c349c36fbf57fb3934dbea7312fd5cbcc6f63
**Fecha de Validación: 2025-04-01 19:59 Fecha Generación:** 2025-04-01 14:59

**Cliente:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL BARBOSA
**Dirección:** Carrera 17 # 10-34
**Departamento:** ANTIOQUIA
**Ciudad:** BARBOSA
**Email:** notificaciones@esehsvpbarbosaantioquia.gov.co
**NIT:** 890905193-7
**Teléfono:** (604) 5202430
**Movil:** 3126841704
**Forma de Pago: Crédito**

| Nro. | Producto | Cant | Precio | Impuesto | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Contrato de arrendamiento CPS-08-2025: El arrendador se compromete a entregar para su uso y goce y opscion de compra al Hospital, 1 Electrocardiograd de doce canales, 2 monitores de signos vitales con CO2, 1 Monitor fetal, 1 Microscopio Binocular luz tipo led, 1 centrifuga de 24 tubos, 2 Bombas de infusion, 1 desfibrilador DEA y 1 Unidad Odontologica fija. (mes facturado marzo) | 1 und | $ 7,940,000.00 | $ 1,508,600 (G19%) | $ 7,940,000 |

SIRES

| | |
|---|---|
| **Cant.Art:1** | **T.Item:1** |
| **Subtotal:** | $ 7,940,000.00 |
| **IVA(19%):** | $ 1,508,600.00 |
| **Total Más Impuesto:** | $ 9,448,600 |
| **Total Neto:** | **$ 9,448,600** |

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el art. 3, de la Ley 1231 de 2008. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.
****GRACIAS POR SU VISITA****

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCO DE BOGOTÁ NÚMERO 250-086493

N°. 0472
FECHA: 01 ABR 2025

| FECHA: | PASA A: | FIRMADO: |
|---|---|---|
| 02/04/25 | Dr. Juan D Juan D. | |
| | | |
| | | |
| | | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 811045924 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | SISTEMAS REDES Y SERVICIOS SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CRA 51 NRO 41 - 144 LC 144 METRO CENTRO | TELÉFONO: | 2328582 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de tecnologías de información y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7960359148 | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 3 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/10 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1326499076 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 2 | $ 899,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1,700 | $ 0 | $ 899,800 | $ 1,700 | $ 901,500 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 323,200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 700 | $ 0 | $ 323,200 | $ 700 | $ 323,900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 1,223,000 | $ 2,400 | $ 1,225,400 |

### 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 | $ 80,800 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 80,800 | $ 200 | $ 0 | $ 81,000 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 225,000 | $ 0 | $ 500 | $ 0 | $ 225,000 | $ 500 | $ 0 | $ 225,500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 305,800 | $ 700 | $ 0 | $ 306,500 |

### 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. | 3 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 79,900 | $ 79,900 | $ 200 | $ 0 | $ 80,100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 79,900 | $ 200 | $ 0 | $ 80,100 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 3 | $ 305,800 | $ 600 | $ 306,400 |
| SUBTOTALES: | | | $ 305,800 | $ 600 | $ 306,400 |

Planilla Pagada

ach SOI

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | 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 15380648 | GARZON RIOS LUIS HERNAN | DEPEND | | $ 4.200.000 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 4.200.000 | $ 672,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 672,000 | EPS010-CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 4.200.000 | $ 168,000 | $ 0 | $ 168,000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 4.200.000 | 1620901 | $ 43,900 | 30 | $ 4.200.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 168,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 15386203 | GARZON RIOS JUAN DAVID | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227,800 | EPS010-CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.423.500 | $ 57,000 | $ 0 | $ 57,000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | 1620901 | $ 14,900 | 30 | $ 1.423.500 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 39386920 | CARDONA ARIAS CLAUDIA PATRICIA | DEPEND | | $ 2.020.000 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.020.000 | $ 323,200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 323,200 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.020.000 | $ 80,800 | $ 0 | $ 80,800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.020.000 | 1620901 | $ 21,100 | 30 | $ 2.020.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 80,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.918.400**

# HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE BARBOSA

**Nit: 890.905.193-7**

## FACTURA PROVEEDOR

**Señor (es):**
SISTEMAS REDES Y SERVICIOS SAS
**Nit:** 811.045.924
CR 51 41 144 LC 144

**FACTURA PROVEEDOR** 348
**Fecha:** ABR. 01/2025 **Radicado:**
**Valor:** 8,468,010.00 **Doc. Prov:** 348
**Contrato:**

**Centro Costo:** 17301 Urgencias - Consulta y Procedimientos **Obligación:** OBL4191

**Observaciones:**
EL ARRENDADOR se compromete a entregar para su uso y goce y opción de compra al HOSPITAL, UN ELECTROCARDIOGRAFO DE DOCE CANALES, DOS MONITORES DE SIGNOS VITALES CON CO2, UN MONITOR FETAL, UN MICROSCOPIO BINOCULAR LUZ TIPO LED, UNA CENTRIFUGA DE 24 TUBOS, DOS BOMBAS DE INFUSION, UN DESFIBRLADOR DEA Y UNA UNIDAD ODONTOLOGICA FIJA. CSP 008-2025 DEL MES DE MARZO DE 2025.

**VALORES**

| Nombre | Valor |
|---|---|
| Valor Gravado 19 | 7,940,000.00 |
| Estampilla Projusticia | 158,800.00 |
| Valor de retención de IVA. | 226,290.00 |
| Valor retención. | 317,600.00 |
| Estampilla Prohospital | 79,400.00 |
| Estampilla Prodeporte | 198,500.00 |
| Valor IVA 19 | 1,508,600.00 |

**RETENCIONES**

| Código | Nombre | % | Valor | Base |
|---|---|---|---|---|
| IVA19 | IVA | 19.00 | 1,508,600.00 | 7,940,000.00 |
| 104 | ESTAMPILLA PRO JUSTICIA | 2.00 | 158,800.00 | 7,940,000.00 |
| IRET | RETENCION DE IVA POR COMPRAS | 15.00 | 226,290.00 | 1,508,600.00 |
| 117 | ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES 4% | 4.00 | 317,600.00 | 7,940,000.00 |
| 132 | ESTAMPILLA PRO HOSPITAL DEPARTAMENTAL | 1.00 | 79,400.00 | 7,940,000.00 |
| 20 | TASA PRO-DEPORTE | 2.50 | 198,500.00 | 7,940,000.00 |

| Compromiso | Certificado | Rubro | Convenio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| XOP09 57 | XOP07 57 | 21202020070401 Arrendamiento de Equipos -\ | | 9,448,600.00 |

| Cuenta | | Tercero | Número | Débito | Crédito | Base |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 24360601 | ARRENDAMIENTO DE BIENES MI | 811045924 | 1037 | | 317,600.00 | 7,940,000.00 |
| 73130202 | MANTENIMIENTO EQUIPO MEDIC | 811045924 | 1037 | 1,508,600.00 | | 7,940,000.00 |
| 24079001 | TASA PRO DEPORTE Y RECREA( | 811045924 | 1037 | | 198,500.00 | 7,940,000.00 |
| 24072202 | ESTAMPILLA PRO HOSPITAL 1% | 811045924 | 1037 | | 79,400.00 | 7,940,000.00 |
| 24072205 | ESTAMPILLA PRO JUSTICIA FAM | 811045924 | 1037 | | 158,800.00 | 7,940,000.00 |
| 24905501 | SERVICIOS | 811045924 | 1037 | | 8,468,010.00 | |
| 73010202 | MANTENIMIENTO EQUIPO MEDIC | 811045924 | 1037 | 7,940,000.00 | | |
| 24362501 | IMPUESTO A LAS VENTAS RETEI | 811045924 | 1037 | | 226,290.00 | 1,508,600.00 |

**Elaborado por**

**Revisado por**