

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA | | CC: | 52959672 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | KRBERDUGOA@HOTMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3108521755 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 145 N° 46 - 80 BLQ 7 APT 202 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 380023614 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|------------|---------|---|--|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1559 2025 | N° CDP: | 2526 | N°. RP: | 0 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/09/01 | | | |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | | | | | | \$ 9.265.440 |



KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA
PS_1559_2025_88818C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA

CC: 52959672

CEL: 3108521755

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

KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA

CON C.C N° 52.959.672

| | |
|-----------------------------|--|
| 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 1559 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 60.225.360 | No. HORAS EJECUTADAS | 96 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 76.825.940 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 9.265.440 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | NUEVE (9) MESES |
|--|-----------------|

| | |
|--|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
|--|----------------------|

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA |
|-------------------------------|--------------------------|

| | |
|-------------|--|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|-------------|--|

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
4. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
5. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
6. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
7. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
8. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
9. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
10. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
11. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
12. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
13. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
14. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
15. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
16. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
17. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
18. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
19. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial.

Respuesta a correos.

20. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.

21. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.

22. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.

23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

1

III. 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 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------|--------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 89024490 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/08/14 | \$ 4.633.400 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/08/14 | \$ 593.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/08/14 | \$ 90.400 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 5.317.000 |

V. 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

| | |
|---|---|
| <p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p> |  <p><i>KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA</i> PS_1559_2025_88818C</p> <hr/> <p>KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA CC: 52959672</p> |
| <p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p> |  <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> PS_1559_2025_88818C</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p> |
| <p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p> |  <p><i>DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA</i> PS_1559_2025_88818C</p> <hr/> <p>DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---------------------|-------------------|------------------------------|---|---------------|-----------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | |
| CC | 52959672 | KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA | calle 146 a no 51 a - 10 blo V apto 201 | 7705695 | kberdugoa@hotmail.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 (DIAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS 1 UPC 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 14/08/2025 | 89024490 | \$1.175.500 |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 463.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 463.400 | 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 |
| | | | | | | | | | | | | |

| 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 | 90.400 | | | | 90.400 | 0 | 0 | 90.400 | | | 904 | 90.400 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 28.500 | 0 | 0 | 28.500 | 1 |

| 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 | 463.400 | 463.400 |
| Pensión | 1 | 593.200 | 593.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 90.400 | 90.400 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 1.175.500 | 1.175.500 |

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

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|---|--------------|-----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52959672 | KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA | calle 146 a no 51 a - 10 blo V apto 201 | 7705695 | kberdugoa@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C. |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS 1 |
| | | | | | UPC 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 14/08/2025 | 89024490 | \$1.175.500 |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Continuación | Subsidio | Extemporánea | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | Continuación | |
| 1 | CC | 52959672 | BERDUGO ANGARITA KAREN ROCIO | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PAGADA

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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

c564dcf757688dd35f2a81065200b51fc5cd5b3312ec4e77c087279ce1604390a07c6b22e435ea53d12bd1b6ca7fef7b

Número de Factura: FEKR-64

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 06/08/2025

Medio de Pago: Efectivo

Fecha de Vencimiento: 06/08/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BERDUGO ANGARITA KAREN ROCIO

Nombre Comercial: BERDUGO ANGARITA KAREN ROCIO Nit del Emisor: 52959672

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: 04 - INC

Dirección: CL 145 N 21 20

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3108521755

Correo:

krberdugoa@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-15

Dirección: DG 34 No 5-43

Responsabilidad tributaria: 04 - INC

Teléfono / Móvil: (031)3282828

Correo:

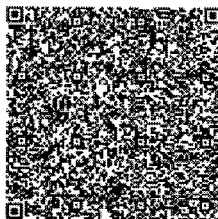
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|------|--------|--|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 0110 | HONORARIOS MEDICOS MEDICINA INTERNA EN C UPLIMIENTO DEL CONTRATO PS 5170 DE 2023 CO RRESPONDIENTE DEL 01 08 2025 AL 31 08 2025 | NIU | 96,00 | \$ 96.515,00 | \$ 0,00 | 0,00 | | | | | \$ 9.265.440,00 |

Notas Finales

Linea de negocio:



Documento generado el:
06/08/2025 09:16:44

Datos Totales

| | |
|----------------|-----|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Subtotal | 9265440 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 9265440 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| Total impuesto (=) | 0 |
| Total neto factura (=) | 9265440 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 9265440 |

| | |
|----------------|-----|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Subtotal | 9.265.440,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 9.265.440,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| Total impuesto (=) | 0,00 |
| Total neto factura (=) | 9.265.440,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 9.265.440,00 |

Documento validado por la
DIAN:
06/08/2025 09:16:44
**XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN**
Nit:800197268

Valores informativos

| | |
|-----------|--|
| Anticipos | |
|-----------|--|

| | |
|-------------|--|
| Rete fuente | |
| Rete IVA | |
| Rete ICA | |

Valores informativos

| | |
|-----------|------|
| Anticipos | 0,00 |
|-----------|------|

| | |
|-------------|------|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764090218458 Rango desde: 59 Rango hasta: 100 Vigencia: 2025-09-10