# HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE BARBOSA

Nit: 890.905.193-7
Cra 17 # 10 34 Tel: 6042502430 Fax:

11 JULIO 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 20519 Jul.11/2025

**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 394

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **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 | 394 | 394 | Jul. 01 / 2025 | 8,468,010.00 | 8,468,010.00 |

### IMPUTACIÓN CONTABLE

| Cuenta | | Centro de Costo | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|---|
| 11100614 | BANCO DE BOGOTA 349326397 | | | 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 4855 | 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** | 36855906 | **Fecha de Emisión** | 2025/07/11 |

Origen

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo Producto** | Cuenta Ahorros | | |
| **Nombre Producto** | AHO6397 | **Nro. Producto** | *****6397 |
| **Fecha Transferencia** | 2025/07/11 | | |

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** | PAGOFACT394 |
| **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

SIRES

**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 394

**Consecutivo UUID#** 1804-1-2266-7a73df40-2f76-d36
**Vendedor:** SIRES SAS
**Fecha:** 2025-07-01 - julio-2025 09:57
**Fecha Vencimiento:2025-07-31 - 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:** 6e44a03fbbd8a1f52d38e48af2abb2b86ffc980843bb1738f816358fc701f486e1f8c727649ee6bf113695d614269134
**Fecha de Validación: 2025-07-01 14:58 Fecha Generación:** 2025-07-01 09:57

**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-008-2025: El arrendador se compromete a entregar para su uso y goce y opcion de compra al Hospital, 1 Electrocardiografo 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 junio) | 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 |
| **Impuesto 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

10pag 57

57

N°. 0987
FECHA: 01 ... 2025

| FECHA: | PASA A: | FIRMADO: |
|---|---|---|
| 02/01/25 | Claudia M<br>Juan David | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 811045924 |
| NOMBRE Ó 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: | | 7971481581 | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | junio AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/06/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1541630174 |

### 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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 2 | $ 995.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 995.200 | $ 0 | $ 995.200 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 0 | $ 227.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 1.223.000 | $ 0 | $ 1.223.000 |

### 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 | $ 0 | $ 0 | $ 80.800 | $ 0 | $ 0 | $ 80.800 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | | | | $ 0 | | $ 0 | $ 225.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 225.000 | $ 0 | $ 0 | $ 225.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 305.800 | $ 0 | $ 0 | $ 305.800 |

### 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 | $ 0 | $ 0 | $ 79.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 79.900 | $ 0 | $ 0 | $ 79.900 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 3 | $ 305.800 | $ 0 | $ 305.800 |
| SUBTOTALES: | | | $ 305.800 | $ 0 | $ 305.800 |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | 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 | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 4.200.000 | $ 672.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 672.000 | 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 | 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: $ 1.914.500**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

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

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7971481581** | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/06/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1541630174 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 2 | $ 995.200 |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 3 | **$ 1.223.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 80.800 |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | $ 225.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 3 | **$ 305.800** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909008426 | CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 3 | $ 305.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 3 | **$ 305.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 3 | $ 79.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 3 | **$ 79.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.914.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.914.500** |

Planilla Pago
Planilla Pagada

Medellín, 01 de Julio de 2025

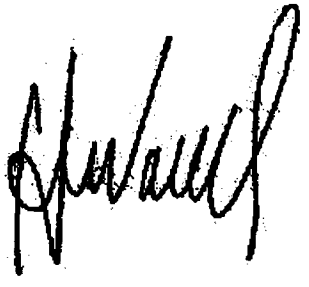
**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

En mi calidad de contador público con tarjeta profesional N° 129800-T de la cual adjunto copia

**CERTIFICO**

Que la empresa SISTEMAS REDES Y SERVICIOS SAS con Nit 811.045.924-6, se encuentra a paz y salvo por concepto de Parafiscales y Seguridad Social (E.P.S, Pensión, A.R.P y Entidades Parafiscales)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.



***HERIBERTO VARELA URREGO.***
**CC 71.624.324**
***T. P. N° 129800-T***
**Contador Público**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HERIBERTO VARELA URREGO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 71624324 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 129800-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Mayo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

129800-T



HERIBERTO [redacted]
CARRERA [redacted]
C.E. 7162478

RESOLUCION INSCRIPCION 708 FECHA 18/10/2007
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 139917

1 189204

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.idpqs.com

# 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** 394
**Fecha:** JUL. 01/2025 **Radicado:**
**Valor:** 8,468,010.00 **Doc. Prov:** 394
**Contrato:**

**Centro Costo:** 17301 Urgencias - Consulta y Procedimientos **Obligación:** OBL4855

**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-008-2.025 SERVICIOS MES JUNIO 2.025

**VALORES**

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

**RETENCIONES**

| Código | Nombre | % | Valor | Base |
|---|---|---|---|---|
| 104 | ESTAMPILLA PRO JUSTICIA | 2.00 | 158,800.00 | 7,940,000.00 |
| 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 |
| IVA19 | IVA | 19.00 | 1,508,600.00 | 7,940,000.00 |
| IRET | RETENCION DE IVA POR COMPRAS | 15.00 | 226,290.00 | 1,508,600.00 |

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

| Cuenta | | Tercero | Número | Débito | Crédito | Base |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 24362501 | IMPUESTO A LAS VENTAS RETEI | 811045924 | 1502 | | 226,290.00 | 1,508,600.00 |
| 24360601 | ARRENDAMIENTO DE BIENES MI | 811045924 | 1502 | | 317,600.00 | 7,940,000.00 |
| 24905501 | SERVICIOS | 811045924 | 1502 | | 8,468,010.00 | |
| 73010213 | ARRENDAMIENTO EQUIPOS | | 1502 | 7,940,000.00 | | |
| 73010213 | ARRENDAMIENTO EQUIPOS | | 1502 | 1,508,600.00 | | 7,940,000.00 |
| 24079001 | TASA PRO DEPORTE Y RECREA( | 811045924 | 1502 | | 198,500.00 | 7,940,000.00 |
| 24072202 | ESTAMPILLA PRO HOSPITAL 1% | 811045924 | 1502 | | 79,400.00 | 7,940,000.00 |
| 24072205 | ESTAMPILLA PRO JUSTICIA FAM | 811045924 | 1502 | | 158,800.00 | 7,940,000.00 |

Elaborado por

Revisado por