Alcaldía
Ciudad Bolívar

25 SEP 2025

**SB-140**

Ciudad Bolívar, 22 de Septiembre de 2025

**EL SUSCRITO SUPERVISOR PARA EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN N° 088 DE 2025 FIRMADO EN EL MUNICIPIO DE CIUDAD BOLÍVAR – ANTIOQUIA**

**CERTIFICA:**

Que **JORGE EDUARDO BAUTISTA HERNANDEZ,** identificado con **CC. 71.659.993** de Medellín – Antioquia, con establecimiento de comercio denominado CASA DE FUNERALES LA ASUCIÓN, firmo contrato de prestación de servicios N° 088 de 2025.

Que para firmar el contrato el señor **JORGE EDUARDO BAUTISTA HERNANDEZ,** identificado con **CC. 71.659.993** de Medellín – Antioquia, adjuntó la documentación necesaria y exigida.

Que el objeto del presente contrato es: *"PRESTACION DE SERVICIOS FÚNEBRES PARA BRINDAR APOYO EXEQUIAL A LA POBLACIÓN VULNERABLE, VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE CIUDAD BOLIVAR".*

Que se puede proceder a realizar el pago de las facturas FE-424 y FE-419, correspondiente al cobro de la prestación de servicio exequial de los fallecidos en el municipio por un valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS M.L**. ($2.800.198.oo), con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal Nro. 0041 de 12 enero de 2025.

La presente se expide para efectos de pago.

**SANDRA VÉLEZ MARQUEZ**
Secretaria de Salud y Bienestar Social

Recd 24-09-25

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Elaboró: | Juliana Vargas Castro<br>Auxiliar Administrativa | Proyectó y Revisó: | Sandra Vélez Márquez.<br>de Salud y B.S. | Aprobó: | Sandra Vélez Márquez.<br>Secretaria de Salud y B.S. |

Alcaldía
Ciudad Bolívar

## INFORME DE SUPERVISIÓN No.003

Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión No.088 de 2025 entre el **MUNICIPIO DE CIUDAD BOLÍVAR ANTIOQUIA y JORGE EDUARDO BAUTISTA HERNANDEZ** identificado con **CC. 71.659.993**, de Medellín (Antioquia), con establecimiento de comercio denominado CASA DE FUNERALES LA ASUNCIÓN.

| | |
|---|---|
| **FECHA DEL INFORME:** | SEPTIEMBRE 22 DE 2025 |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | CIUDAD BOLIVAR ANTIOQUIA |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | CATORCE MILLONES TRESCEINTOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/L ($14.325.280 oo), INCLUIDO IVA. |
| **SUPERVISOR:** | SANDRA VELEZ MARQUEZ, SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | "PRESTACION DE SERVICIOS FUNEBRES PARA BRINDAR APOYO EXEQUIAL A LA POBLACIÓN VULNERABLE, VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE CIUDAD BOLIVAR ANTIOQUIA". |

**ANTECEDENTES:**

El Acta de Inicio se realizó el 03 de Julio de 2025. De acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios N° 088 de 2025, son requisitos necesarios para el debido pago, los siguientes documentos:

- Cuenta de Cobro o factura
- Informe de actividades.
- Certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor.
- Informe de supervisión.
- Pago de Seguridad Social integral

El informe presentado hará parte integral para soportar el respectivo pago

**CONSIDERACIONES**

Que el Municipio celebró Contrato de Prestación de Servicios No.088 de 2025, con **JORGE EDUARDO BAUTISTA HERNANDEZ** identificado con **CC. 71.659.993 de Medellín (Antioquia),** con establecimiento de comercio denominado CASA DE FUNERALES LA ASUNCIÓN, cuyo objeto es " PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUNEBRES PARA BRINDAR APOYO EXEQUIAL A LA POBLACIÓN VULNERABLE, VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE CIUDAD BOLIVAR, ANTIOQUIA".

Considerando que la Administración Municipal carece de la capacidad para prestar el servicio exequial a la población vulnerable y que no tienen la capacidad de pagar por este cada vez que se presenta esta necesidad en la población pobre y vulnerable el municipio,

Se hace necesario contratar una persona natural o jurídica que este en la capacidad de suministrar este servicio por parte del municipio.

Que durante la ejecución del presente contrato de prestación de servicios, se debe llevar permanente y secuencialmente supervisión, control y evaluación de cada una de las etapas del contrato.

Que durante la ejecución de las funciones estipuladas en el contrato de la referencia, se busca contar con los criterios de CANTIDAD, CALIDAD Y OPORTUNIDAD, en el servicio.

Que cada fase de ejecución del contrato ha sido verificada y aprobada por el supervisor. Donde se pudo verificar que la CASA DE FUNERALES LA ASUNCION presto el siguiente servicio funerario.

| N° | NOMBRE FALLECIDO | VALOR A PAGAR ( incluido IVA) |
|---|---|---|
| 1 | MARIA DELIA VASQUEZ DE VELASQUEZ | $ 1,400,099,00 |
| 2 | JORGE ALBERTO GARCIA CONTRERAS | $ 1,400,099,00 |

Igualmente se adjuntan los soportes de cada servicio prestado por la Funeraria la Asunción y los soportes entregados al municipio para la efectiva prestación del servicio solicitado.

**ESTADO FINANCIERO**

El análisis se realizó a partir del balance del Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión No.088 de 2025, teniendo el presupuesto inicial como base para control de costos. El resumen del balance hasta la fecha es el siguiente:

**COSTO DEL SERVICIO REALIZADO**

| | |
|---|---|
| Valor del contrato: | $14.325.280.oo |
| Valor del contrato ejecutado según el plazo: | $7.000.495oo |
| Valor a pagar: | $2.800.198.oo |
| Valor pendiente por ejecutar: | $7.324.795.oo |

**PRINCIPALES INCONVENIENTES**

Durante el proceso de supervisión no se presentaron inconvenientes.

El presente documento corresponde al informe de supervisión de las actividades realizadas al contrato de prestación de servicios N° 088 de 2025.

**SANDRA VELEZ MARQUEZ**
Secretaria de Salud y Bienestar Social

| Elaboró: | Juliana Vargas Castro<br>Auxiliar Administrativa | Proyectó y Revisó: | Sandra Vélez Márquez.<br>Secretaria de Salud y B.S. | Aprobó: | Sandra Vélez Márquez.<br>Secretaria de Salud y B.S. |
|---|---|---|---|---|---|

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
2acc33a42237b051257efecf5e2bc5abea87bad8bc4d4ac4d0888ccd15c52c9bcad8e90638f7941ae0c95247288647e7

Número de Factura: FE-424
Fecha de Emisión: 12/09/2025
Fecha de Vencimiento: 30/09/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BAUTISTA HERNANDEZ JORGE EDUARDO
Nombre Comercial: BAUTISTA HERNANDEZ JORGE EDUARDO
Nit del Emisor: 71659993
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 9603

País: Colombia
Departamento: Antioquia
Municipio / Ciudad: Ciudad Bolívar
Dirección: CL 49 48 39
Teléfono / Móvil: 3206724759
Correo: f.laasuncionbolivar@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE CIUDAD BOLIVAR
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 8909803309
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Antioquia
Municipio / Ciudad: Ciudad Bolívar
Dirección: CLL 49 N 51-20
Teléfono / Móvil: 8411183
Correo: ssalud@ciudadbolivar-antioquia.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 | 24 | Servicio funerario municipal | 94 | 1,00 | $ 1.400.099,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 1.400.099,00 |

### Notas Finales

FALLECIDO MARIA DELIA VASQUEZ DE VELASQUEZ
SERVICIO MUNICIPIO DE CIUDAD BOLIVAR ANTIOQUIA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 64144782290
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
12/09/2025 15:54:58
**Documento validado por la DIAN:**
12/09/2025 15:54:59
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

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

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 1400099 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 1400099 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 1400099 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** **COP $** | $ 1400099 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

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

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

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 1.400.099,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 1.400.099,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 1.400.099,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** **COP $** | $ 1.400.099,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

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

Numero de Autorización: 18764093098528 Rango desde: 401 Rango hasta: 600 Vigencia: 2027-05-13

Alcaldía
de Ciudad Bolívar

Ciudad Bolívar, 11 de Septiembre de 2025.

Señores
FUNERARIA LA ASUNCIÓN
Ciudad Bolívar

Asunto: Solicitud Apoyo Servicio exequial población pobre y vulnerable del Municipio de C. Bolívar

Respetados Señores.

A partir del contrato suscrito entre la Alcaldía Municipal y la Casa de Funerales la Asunción, cuyo objeto es la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUNEBRES PARA BRINDAR APOYO EXEQUIAL A LA POBLACIÓN VULNERABLE, VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE. CIUDAD BOLIVAR", la Administración Municipal de C. Bolívar asume los servicios funerarios básicos para la Sr. MARIA DELIA VÁSQUEZ DE VELÁSQUEZ identificado con la cédula Nro. 26.322.289, residente del Municipio.

El servicio debe cumplir con los siguientes parámetros:

- Diligencias de rigor
- Suministro de cofre- ataúd económico
- Transporte Urbano

Cualquier inquietud adicional será atendida en el correo electrónico ssalud@ciudadbolivar-antioquia.gov.co o en el teléfono 841 1183 ext. 123.

**SANDRA MARÍA VÉLEZ MÁRQUEZ**
Secretaria de Salud y Bienestar Social

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Elaboró: | Sandra M. Vélez M<br>Secretaria de Salud y BS | Proyectó y Revisó: | Sandra Vélez Márquez<br>Secretaria de Salud y BS | Aprobó: | Sandra Vélez Márquez<br>Secretaria de Salud y BS |

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**2509292022825**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| País | Departamento | Municipio | |
| COLOMBIA | ANTIOQUIA | CIUDAD BOLÍVAR | |

| ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN | |
|---|---|
| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| | Año - Mes - Día | Hora - Minutos |
| No fetal | 2025-09-11 | 06:00:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Femenino | Cédula de ciudadanía | 26322269 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| VASQUEZ | DE VELASQUEZ | MARIA | DELIA |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | |
|---|---|
| Tipo de documento | Número de documento |
| Cédula de ciudadanía | 1037602646 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| ALVAREZ | GALLEGO | CARLOS | FERNANDO |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1037602646 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | |
|---|---|
| Departamento | Municipio |
| ANTIOQUIA | CIUDAD BOLÍVAR |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| Año - Mes - Día | |
| 2025-09-11 | Médico General R.M.C.C. 1.037.602.646 |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-09-11 15:11

Código verificación: 15D2-838E-5E9A-729I

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 71689893 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | JORGE EDUARDO BAUTISTA HERNANDEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CIUDAD BOLIVAR | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 49 44 37 | TELÉFONO: | 8411563 |
| TIPO APORTANTE: | 39-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 5-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Peinados Unisex y actividades relacionadas. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 1748608353 | TIPO DE PLANILLA: | | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES: | agosto AÑO: 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | | MES: | septiembre AÑO: | 2025 |
| DIAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/09/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 569350178 |

### 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 | $ 455,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227,800 | $ 0 | $ 227,800 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 2 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227,800 | $ 0 | $ 227,800 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227,800 | $ 0 | $ 227,800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 911,200 | $ 0 | $ 911,200 |

### 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 |
| EPS024 | EPS024-COOSALUD ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 57,000 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 114,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 114,000 | $ 0 | $ 0 | $ 114,000 |
| EPS040 | EPS040 - SANITAS SALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 57,000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 228,000 | $ 0 | $ 0 | $ 228,000 |

### 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 |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 4 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 138,600 | $ 138,600 | $ 0 | $ 0 | $ 138,600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 138,600 | $ 0 | $ 0 | $ 138,600 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 4 | $ 228,000 | $ 0 | $ 228,000 |
| SUBTOTALES: | | | $ 228,000 | $ 0 | $ 228,000 |

### LIQUIDACIÓN 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 | IBC | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | CCF | | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 1152694274 | [redacted] | 01-DEPENDIENTE | 00-NINGUNO | $ 1,423,500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 - COLPENSIONES | 30 | $ 1,423,500 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227,800 | 230301 - PORVENIR | 30 | $ 1,423,500 | $ 57,000 | $ 0 | $ 57,000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,423,500 | 71689893 | $ 34,700 | 30 | $ 1,423,500 | CCF03 - COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1152694274 | [redacted] | 01-DEPENDIENTE | 00-NINGUNO | $ 1,423,500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 - PORVENIR | 30 | $ 1,423,500 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227,800 | EPS024 - COOSALUD ESS | 30 | $ 1,423,500 | $ 57,000 | $ 0 | $ 57,000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,423,500 | 71689893 | $ 34,700 | 30 | $ 1,423,500 | CCF03 - COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1152694274 | [redacted] | 01-DEPENDIENTE | 00-NINGUNO | $ 1,423,500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 - PROTECCION | 30 | $ 1,423,500 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227,800 | EPS040 - SANITAS SALUD EPS | 30 | $ 1,423,500 | $ 57,000 | $ 0 | $ 57,000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,423,500 | 71689893 | $ 34,700 | 30 | $ 1,423,500 | CCF03 - COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 1152694274 | [redacted] | 01-DEPENDIENTE | 00-NINGUNO | $ 1,423,500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 - PORVENIR | 30 | $ 1,423,500 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227,800 | EPS037 - NUEVA EPS | 30 | $ 1,423,500 | $ 57,000 | $ 0 | $ 57,000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,423,500 | 71689893 | $ 34,700 | 30 | $ 1,423,500 | CCF03 - COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.506.000**

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
562d3003a40311254bcee6bf9ad876ed443b9099bc18286b393424740d283c502568cf54463a270dd55d43f2b4e903a0

Número de Factura: FE-419
Fecha de Emisión: 04/09/2025
Fecha de Vencimiento: 19/09/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BAUTISTA HERNANDEZ JORGE EDUARDO
Nombre Comercial: BAUTISTA HERNANDEZ JORGE EDUARDO
Nit del Emisor: 71659993
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 9603

Pais: Colombia
Departamento: Antioquia
Municipio / Ciudad: Ciudad Bolívar
Dirección: CL 49 48 39
Teléfono / Móvil: 3206724759
Correo: f.laasuncionbolivar@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE CIUDAD BOLIVAR
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 8909803309
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Pais: Colombia
Departamento: Antioquia
Municipio / Ciudad: Ciudad Bolívar
Dirección: CLL 49 N 51-20
Teléfono / Móvil: 8411183
Correo: ssalud@ciudadbolivar-antioquia.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 | 24 | Servicio funerario municipa l | 94 | 1,00 | $ 1.400.099,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 1.400.099,00 |

### Notas Finales

FALLECIDO JORGE ALBERTO GARCIA CONTRERAS
SERVICIO MUNICIPIO DE CIUDAD BOLIVAR ANTIOQUIA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 64144782290
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
04/09/2025 15:36:28
**Documento validado por la DIAN:**
04/09/2025 15:36:29
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

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

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 1400099 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 1400099 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0 |
| **Total impuesto (=)** | | 0 |
| **Total neto factura (=)** | | 1400099 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 1400099 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 1.400.099,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 1.400.099,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 1.400.099,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 1.400.099,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

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

Numero de Autorización: 18764093098528 Rango desde: 401 Rango hasta: 600 Vigencia: 2027-05-13

Alcaldia
de Ciudad Bolivar

Ciudad Bolívar, 5 de Agosto de 2025.

Señores
FUNERARIA LA ASUNCIÓN
Ciudad Bolívar

Asunto: Solicitud Apoyo Servicio exequial población pobre y vulnerable del Municipio de C. Bolívar

Respetados Señores.

A partir del contrato suscrito entre la Alcaldía Municipal y la Casa de Funerales la Asunción, cuyo objeto es la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUNEBRES PARA BRINDAR APOYO EXEQUIAL A LA POBLACIÓN VULNERABLE, VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE. CIUDAD BOLIVAR", la Administración Municipal de C. Bolívar asume los servicios funerarios básicos para la Sr. JORGE ALBERTO GARCÍA CONTRERAS identificado con la cédula Nro.1.033.658.800 residente del Municipio.

El servicio debe cumplir con los siguientes parámetros:

- Diligencias de rigor
- Suministro de cofre- ataúd económico
- Transporte Urbano

Cualquier inquietud adicional será atendida en el correo electrónico ssalud@ciudadbolivar-antioquia.gov.co o en el teléfono 841 1183 ext. 123.

**SANDRA MARÍA VÉLEZ MÁRQUEZ**
Secretaria de Salud y Bienestar Social

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Elaboró: | Sandra M. Vélez M<br>Secretaria de Salud y BS | Proyectó y Revisó: | Sandra Vélez Márquez<br>Secretaria de Salud y BS | Aprobó: | Sandra Vélez Márquez<br>Secretaria de Salud y BS |

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**2509872021386O**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | ANTIOQUIA | CIUDAD BOLÍVAR |

**ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-09-01 | 14:00:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1033658800 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| GARCIA | CONTRERAS | JORGE | ALBERTO |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1039421435 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ARIAS | ATEHORTUA | JHONY | ALEXIS |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1039421435 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| ANTIOQUIA | CIUDAD BOLÍVAR |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-09-01 | Jhony A. Arias Atehortúa<br>Médico General - CUR<br>R. M. 1.039.421.435 |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-09-01 14:18

Código verificación: 53E4-FDA8-FA0F-0A5

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi | Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 71659993 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | JORGE EDUARDO BAUTISTA HERNANDEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CIUDAD BOLIVAR | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 49 48 37 | TELÉFONO: | 8411563 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Pompas fúnebres y actividades relacionadas. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 1748608353 | | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN S/L UD | MES | septiembre AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | 2025/09/08 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | | | 9993933178 |

**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 | $ 455.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 455.600 | $ 0 | $ 455.600 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 0 | $ 227.800 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 0 | $ 227.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 911.200 | $ 0 | $ 911.200 |

**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 |
| ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 57.000 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 114.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 114.000 | $ 0 | $ 0 | $ 114.000 |
| EPS040 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 57.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 228.000 | $ 0 | $ 0 | $ 228.000 |

**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 |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 4 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 136.800 | $ 136.800 | $ 0 | $ 0 | $ 136.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 136.800 | $ 0 | $ 0 | $ 136.800 |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 4 | $ 228.000 | $ 0 | $ 228.000 |
| SUBTOTALES: | | | $ 228.000 | $ 0 | $ 228.000 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC [illegible] | [illegible] GARZON JOSE LUIS | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | CC [illegible] | [illegible] GUTIERREZ [illegible] ANDREA | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | CC [illegible] | MORENO TEJADA [illegible] ANDREA | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | CC [illegible] | BAUTISTA MONTOYA JORGE EDUARDO | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 |
| 2 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 |
| 3 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 |
| 4 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.423.500 | 71659993 | $ 34.700 |
| 2 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.423.500 | 71659993 | $ 34.700 |
| 3 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.423.500 | 71659993 | $ 34.700 |
| 4 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.423.500 | 71659993 | $ 34.700 |

PARAFISCALES

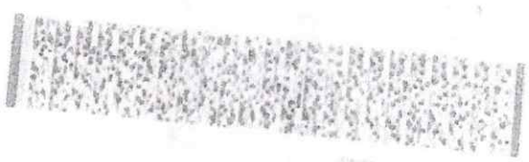
| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 30 | $ 1.423.500 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | 30 | $ 1.423.500 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | 30 | $ 1.423.500 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | 30 | $ 1.423.500 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.506.000**

1/2

SINCELEJO 16-ENE-1997

1.60 O+ M



2/2