Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHpperezc	PASCUAL ANTONIO PEREZ COSSIO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-027-000000	SENA REGIONAL CHOCO-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	5/12/2025 12:00:00 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 9925 de fecha 2025-09-15. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	27925	**Fecha Registro:**	2025-12-05	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-027-000000 SENA REGIONAL CHOCO-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	7.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	7.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	7.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900421854	**Razón Social:**	UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S.	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	530093046	**Banco:**	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	35896873	**Nombre:**	CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELAZQUEZ	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL CHOCO

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8669977	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-12-05

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101009 DESPACHO DIRECCIÓN - SALUD OCUPACIONAL	A-03-04-02-021 SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONALES (NO DE PENSIONES)	Propios	27	CSF		7.000.000,00	0,00		
					Total:	7.000.000,00	0,00	7.000.000,00	7.000.000,00

Objeto:	SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONAL-CONTRATAR EL SERVICIO DE VACUNACIÓN Y EXÁMENES MEDICO OCUPACIONALES PERIÓDICOS A FUNCIONARIOS DIRECCIÓN REGIONAL Y CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD REGIONAL CHOCO

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-027-000000	SENA REGIONAL CHOCO-DIRECCION REGIONAL	7-3	TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF	2025-12-05	7.000.000,00	7.000.000,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Paola A. Aranda.

Firmado digitalmente por Paola Andrea Aranda Santiago
Fecha: 2025.12.05 11:02:03 -05'00'

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141004147435

(415)7707212489984(8020) 000014100414743 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 1 8 5 4	4	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal
CR 4 27 34 BRR CRISTO REY

42. Correo electrónico ussmonica@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 2 6 9 4 8 0 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 1	2 0 1 1 0 2 1 8	8 6 2 1	2 0 1 1 0 2 1 6	4 7 1 9			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SALAS MOSQUERA BELSY SAMIRA

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141004147435

(415)7707212489984(8020) **000014100414743 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 1 8 5 4	4	Impuestos y Aduanas de Quibdó	1 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 1 0 2 1 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 1 0 3 1 7	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 4 2 5 6 5 1 2	
78. Departamento	2 7	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 1 0 2 1 6	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 8 0 6 0 9		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141004147435

(415)7707212489984(8020) **000014100414743 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 1 8 5 4	4	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 3 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 2 7 9 0 3 3 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SALAS	MOSQUERA	BELSY	SAMIRA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141004147435

(415)7707212489984(8020) **000014100414743 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 1 8 5 4	4	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

165. Dirección: CR 4 27 34

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 4 2 9 0 1 0 2	2 0 1 1 0 3 1 7
168. Teléfono: 6 7 1 2 9 6 6	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900421854-4	UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA SAS	CR 4 27 34	3122694801	ussmonica@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CHOCÓ	QUIBDÓ		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	09/12/2025	91846704	$1.086.100	

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					
CCFC20	COMFACHOCO	891600091-8	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	120.200	0		0		0	0	0	0	120.200	2

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	708.400	0	0	0	0	0	0		708.400	3

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	23.300				23.300	0	0	23.300			233	23.300	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF29	Caja Fliar Choco	891600091-8	177.200	0	0	177.200	3

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	2	177.200	177.200
Pensión	1	708.400	708.400
Riesgos Laborales	1	23.300	23.300
CCF	1	177.200	177.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	1.086.100	1.086.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900421854-4	UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA SAS		CR 4 27 34	3122694801	ussmonica@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CHOCÓ	QUIBDÓ	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	09/12/2025	91846704	$1.086.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1077433106	MENA PALOMEQUE JUSTY RUFINA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC20	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF29	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	32790334	SALAS MOSQUERA BELSY SAMIRA	1	0			S																	25-14	1.580.000	252.800	0	0	0	0	EPS037	1.580.000	63.200	14-23	1.580.000	1	8.300	CCF29	1.580.000	63.200	0	0	0	0	0
3	CC	35899053	MOSQUERA PINO KELY YAIRA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF29	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"

NIT: 860.035.827-5

CRA.13 No. 27 – 47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que **UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S**, identificado con el documento No 900.421.854, posee en la oficina QUIBDO (530), una cuenta ahorro No. **530093046** desde el 25 de mayo de 2011.

Se expide la presente a solicitud del interesado, a los 16 días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

Gerente Oficina Quibdó 530

OFICINA 530 QUIBDO
VISADO
Banco AV Villas

Esta certificación tiene un costo de $13. 450.oo, el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

Powered by CamScanner

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

SAMI - 62525

Fecha Emisión: 2025-12-19

Fecha Validación DIAN: 2025-12-19
Hora Validación DIAN: 10:57:57

UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S.

NIT: 900421854-4 - Regimen: No Responsable de IVA - Obligación: No responsable
Resolución de Facturación Electrónica No. 18764094077623
de 2025-06-05, Prefijo: SAMI, Rango 61145 Al 100000 - Vigencia Desde: 2025-06-05 Hasta: 2026-06-05
REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURA ELECTRONICA
CRA 4 27 32 - Quibdó - Chocó - Colombia Teléfono - 6712966
E-mail: ussmonica@hotmail.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: SAMI - 62525

CC o NIT:	899999034-1	Forma de Pago:	Crédito
Cliente:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	Medios de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Régimen:	No Responsable de IVA	Plazo Para Pagar:	0 Dias
Obligación:	No responsable	Fecha Vencimiento:	2025-12-19
Dirección:	CL 57 8 69	Inicio Periodo Facturación:	2025-12-19
Ciudad:	Quibdó - Colombia	Fin Periodo Facturación:	2025-12-19
Teléfono:	6015461500		
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co		

INFORMACION REFERENCIAL SECTOR SALUD

Cod Prestador	Datos Usuario	Info. Contrat./Cobertura	Nros. Autoriz./MIPRES	Info. de Pagos
2700100740	Nro ID: Nombre: Tipo Documento: Tipo Usuario:	Modalidad Contratación: Pago por evento. Nro. Contrato: Cobertura: Plan de beneficios en salud financiado con UPC	Nros Autorización: Nro MIPRES: Entrega MIPRES: Nro Poliza:	Copago: 0.00 Cuota Moderardora: 0.00 Pagos Compartidos: 0.00 Anticipos: 0.00

#	Código	Descripción	Cantidad	UM	Val. Unit	IVA/IC	Dcto	%	Val. Item
1	906321	Influenza Antígeno	13.00	Unidad	69,400.00	0.00	0.00	0.00	902,200.00
2	890210	Consulta fonoaudiologia	17.00	Unidad	47,500.00	0.00	0.00	0.00	807,500.00
3	SRV003	Audiometria	21.00	Unidad	45,000.00	0.00	0.00	0.00	945,000.00
4	SRV014	Consulta optometria	21.00	Unidad	47,500.00	0.00	0.00	0.00	997,500.00
5	SRV005	Perfil Lipidico	35.00	Unidad	72,500.00	0.00	0.00	0.00	2,537,500.00
6	19490	Glucosa (En Suero, Lcr, Otros Fluidos)	36.00	Unidad	22,500.00	0.00	0.00	0.00	810,000.00

Impuestos

Tipo	Base	Porcentaje	Valor
IVA	6,999,700.00	0.00%	0.00

Retenciones

Tipo	Base	Porcentaje	Valor

Totales

Concepto	Valor
Nro Lineas:	6
Base:	6,999,700.00
Impuestos:	0.00
Retenciones:	0.00
Descuentos En Lineas:	0.00
Descuentos Globales:	0.00
Copago:	0.00
Cuotas Moderadoras:	0.00
Pagos Compartidos:	0.00
Total Factura - Descuentos:	6,999,700.00
Total a Pagar	6,999,700.00

SON: SEIS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE*********.

NOTAS:

O B E R V A C I O N :
#$36-02-00-027-000000;CO1.PCCNTR.8669977;gmena@sena.edu.co#$OBSERVACION:#$36-02-00-027-000000CO1.PCCNTR.8669977gmena@sena.edu.co#$

CUFE: 0e280697b1230590bd2fcf7bda8cc2e7f7c4a68cf0930d43703a39aac99732e908fd497b09b2dfad981f1913be44598f

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

SAMI - 62525

Fecha Emisión: 2025-12-19

Fecha Validación DIAN: 2025-12-19
Hora Validación DIAN: 10:57:57

UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S.

NIT: 900421854-4 - Regimen: No Responsable de IVA - Obligación: No responsable
Resolución de Facturación Electrónica No. 18764094077623
de 2025-06-05, Prefijo: SAMI, Rango 61145 Al 100000 - Vigencia Desde: 2025-06-05 Hasta: 2026-06-05
REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURA ELECTRONICA
CRA 4 27 32 - Quibdó - Chocó - Colombia Teléfono - 6712966
E-mail: ussmonica@hotmail.com