

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON | | CC: | 52084428 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | PEDGLADYSG@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3108787934 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 160 N° 72 - 51 | | CIUDAD: | BOGOTA |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: 004200110395 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|---------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1833 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 14.126.337 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/15 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON
PS_1833_2025_FDE440

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

CC: 52084428

CEL: 3108787934

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

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

CON C.C N° 52.084.428

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1833 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 62.783.720 | No. HORAS EJECUTADAS | 153 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|----------------|--|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 203.123.800 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 14.126.337 |
|---|----------------|--|---------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

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. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE. 2. BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION. 3. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. 4. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, GENERANDO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS, RESOLVIENDO INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION. 5. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 6. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 7. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS. 8. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN, DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS. 9. DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA. 10. GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS. 11. UTILIZAR DE MANERA ADECUADA LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES Y LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCACIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACION DE LOS MISMOS. 12. REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES. 13. EL CONTRATISTA DEBERA RESPONDER POR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTREN BAJO SU CUSTODIA. 14. APOYAR LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCION QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO. 15. PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EAPB. 16. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE Y APOYAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 17. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA

1

NORMATIVIDAD VIGENTE.18. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD.19. INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD.20. ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.21. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.22. FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL QUE LA SUBRED REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS.23. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE CALIDAD.24. ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF.25. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.26. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 27. PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ESPECIFICOS DE CASOS TENDIENTES A RESOLVER CAUSAS Y SOLUCIONES A PROBLEMAS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD RELACIONADOS CON ESTA. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | N° 9496261901 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|--------------------|---------------|---------------|------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | ALIANSA SALUD | 2025/12/10 | \$ 747.862 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/10 | \$ 1.017.100 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/12/10 | \$ 145.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 1.910.762 |

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

PS_1833_2025_FDE440

GLADYS ISABEL GUERRERO GIRON

CC: 52084428

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1833_2025_FDE440

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1833_2025_FDE440

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|----------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| CC 52084428 | | GUERRERO GIRON GLADYS ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 160 #72-51 torre 2 apt 202 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7261489 | No |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|--|----------------|------------------------------|--------|---------|-------------|-------------|--------|-------|-------------|-----------|--------|------|-----|---------|--------|------|-------------|--------------|------|-----|--------|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$5,981,623 | \$1,017,100 | | | \$5,981,623 | \$747,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$5,981,623 | \$145,800 | | \$0 | \$0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$5,981,623 | \$1,017,100 | | | \$5,981,623 | \$747,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$5,981,623 | \$145,800 | | \$0 | \$0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | \$5,981,623 | \$1,017,100 | | | \$5,981,623 | \$747,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$5,981,623 | \$145,800 | | \$0 | \$0 |
| 1 | CC 52084428 | GUERRERO GIRON GLADYS ISABEL | 25-14 | 30 | \$5,981,623 | \$1,017,100 | EPS001 | 30 | \$5,981,623 | \$747,800 | | 0 | \$0 | \$0 | 14-23 | 30 | \$5,981,623 | \$145,800 | 0 | \$0 | \$0 |
| Total Afiliados(1) | | | | | \$5,981,623 | \$1,017,100 | | | \$5,981,623 | \$747,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$5,981,623 | \$145,800 | | \$0 | \$0 |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|-------------|------------|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|-------------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1997309886 | 9496261901 | I | 2025/12/05 | 2025/12/10 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | \$1,916,900 |
| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$1,017,100 | \$3,300 | \$0 | \$1,020,400 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$1,017,100 | \$3,300 | \$0 | \$1,020,400 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$145,800 | \$500 | \$0 | \$146,300 | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$145,800 | \$500 | \$0 | \$146,300 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$747,800 | \$2,400 | \$0 | \$750,200 | |
| ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | \$747,800 | \$2,400 | \$0 | \$750,200 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$1,910,700 | \$6,200 | \$0 | \$1,916,900 | |

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b47486ddb72e80584c2c67f0e57595dbe2f000e9f17c3855b48f9aef9f68aeb27427142a1d181616137ed9e9e8ed39
Número de Factura: FE-117
Fecha de Emisión: 10/12/2025
Fecha de Vencimiento: 10/12/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido: 2025
Fecha de orden de pedido: 20/01/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GUERRERO GIRON GLADYS ISABEL|13
Nombre Comercial: GUERRERO GIRON GLADYS ISABEL
Nit del Emisor: 52084428
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ -
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 160 72 51 TO 2 AP 202
Teléfono / Móvil: 9360682
Correo: pedgladysg@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 5 43
Teléfono / Móvil: 3444484
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 | 01 | SERVICIOSPROF | HUR | 153,00 | \$ 92.329,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 14.126.337,00 |

Notas Finales

Prestación de servicios profesionales en medicina para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. Periodo correspondiente al 01 de diciembre de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Para efectos tributarios informo que pertenezco al régimen simple tributación - código de responsabilidad O-47.

Línea de negocio:
52084428_01_PRI_PRO_1

Datos Totales



Documento generado el:
 10/12/2025 18:36:06
Documento validado por la DIAN:
 10/12/2025 18:36:06
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

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

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Subtotal | 14126337 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 14126337 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| Total impuesto (=) | 0 |
| Total neto factura (=) | 14126337 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 14126337 |

Valores informativos

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

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

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

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Subtotal | 14.126.337,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 14.126.337,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| Total impuesto (=) | 0,00 |
| Total neto factura (=) | 14.126.337,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 14.126.337,00 |

Valores informativos

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

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

Numero de Autorización: 18764091619692 Rango desde: 101 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2027-04-06