



NIT: 811015018-1 RESPONSABLE DE IVA

Agentes retenedores IVA - art 437-2 E.T.
Agente de Autorretención de Impuesto de ICA ENVIGADO
RESOLUCION 20250023810.

CUFE:1a536a86825710a381cf10f665886e7bd311245554da399fbff6af3582a0438b6d33509e1768a17b189286f80baee20

AUTORIZACION DIAN: 18764101729851 del 2025 11-19 Rango 123694 al 300000 Vigencia 24 Meses



FACTURA DE VENTA
ELECTRONICA

FE 125377

FECHA DE FACTURA 06 04 2026

FECHA VENCIMIENTO 06 05 2026

FORMA DE PAGO Transferencia Débito Ban

ORDEN DE COMPRA

PLAZO CREDITO 30

0

Fecha y hora de generación: lunes, 6 de abril de 2026 9.26

VENDEDOR: ADRIANA MARIA BEDOYA

SUCURSAL: Dependencia

PEDIDO: 0

REMISION: 0

CLIENTE: MUNICIPIO DE LA CEJA

NIT o C.C. 890981207-5

RECEPCION PRODUCTO: 0

TELÉFONO: 553 14 14

DIRECCIÓN: CR 20 19 78 PAR PRINCIPAL

CIUDAD: LA CEJA

OBRA/DEPENDENCIA

CIUDAD: GENERAL

ITEM	REFERENCIA	DESCRIPCION	SERIE	CANT.	TASA IVA	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	S005	SERVICIO DE FRECUENCIA REPETIDORA	0	1	19%	1,323,782	1,323,782
2	S012	SERVICIO ALQUILER SITIO DE REPETICION	0	1	19%	4,059,825	4,059,825
	Items: 2		Cantidad:	2			

OBSERVACIONES: SERVICIO MES DE ABRIL

DESCUENTO	0
SUBTOTAL	5,383,607
IVA	1,022,885
RET. IVA	153,433
RET. FUENTE	195,045
TOTAL	6,058,014

FACTURA ELECTRÓNICA GENERADA POR HGI S.A.S NIT 811.021.438-4 SOFTWARE HGI

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART 774 N°6 DE CC) Y CONSTITUYE UN TÍTULO DE VALOR SEGUN LA LEY 1231 DEL 17 DE JULIO DE 2008. EL PAGO DE ESTA FACTURA DESPUES DE VENCIMIENTO CAUSARA INTERES A LA MAXIMA TASA LEGAL AUTORIZADA. ESTE DOCUMENTO SURTE TODOS LOS EFECTOS DEL ORIGINAL. AUTORIZAMOS A ELEINCO PARA REPORTAR A LAS CENTRALES DE RIESGO EN CASO DE NO SER PAGADO DESPUES DEL VENCIMIENTO. EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO LA MERCANCIA RELACIONADA A ENTERA SATISFACCION Y ACEPTA LA PRESENTE FACTURA. CUALQUIER INCONFORMIDAD DISPONDRÁ DE 10 DIAS PARA SER NOTIFICADA.

REALIZA TUS PAGOS POR TRANSFERENCIA A
BANCO CAJA SOCIAL CTA CTE 21004069837 BANCO DAVIVIENDA CTA CTE:
038369999511 BANCOLOMBIA CTA AHORRO: 10832503616
ELABORAR CHEQUE CON SELLO RESTRICTIVO A NOMBRE DE ELEINCO S.A.S.



Expedida por:
FIRMA: _____
NOMBRE: _____

ENCUENTRANOS

ENVIGADO	Centro Integral Las Vegas CR 48 N° 26 SUR-181 L103	PBX: 6044441991	administracion@eleinco.com.co
PEREIRA	Centro Comercial los Arcos CR 06 16-23 local 209	PBX: 6063413792	admonejecafetero@eleinco.com.co
MANIZALES	Edificio Xue CL 58 23A -03 local 6	Tel: 317 5179143	admonejecafetero@eleinco.com.co
BOGOTA	Edificio Unilago CR 16a 78 65 local 303	PBX: 601746 6733	admobogota@eleinco.com.co

www.eleinco.com.co

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

[illegible][illegible]

TOTAL APORTEES A SALUD															
ADMINISTRADORA		NÚM. COTIZANTES		INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA INTERMEDIO		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL	
CÓDIGO	NOMBRE	NÚM. COTIZANTES	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR	PLAZA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	APORTES	MORA	DISCUESTO	VALOR PAGADO	
EP0017	EP0017-FARMASAR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 70.102	\$ 0	\$ 0	\$ 70.102	
EP0049	EP0049 - SAVA SALUD EPS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 218.800	\$ 0	\$ 0	\$ 218.800	
EP0009	EP0009-SANTITAS S.A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 563.966	\$ 0	\$ 0	\$ 563.966	
EP0002	EP0002-LOS COLOSSES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 123.208	\$ 0	\$ 0	\$ 123.208	
EP0007	EP0007-SALUD TOTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 583.508	\$ 0	\$ 0	\$ 583.508	
EP0018	CLIA SARAMEJICANA DE REPARACIONES DE SALUD	31	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 4.482.500	\$ 0	\$ 0	\$ 4.482.500	
EP0030	CLIA SARAMEJICANA DE REPARACIONES DE SALUD	31	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 4.482.500	\$ 0	\$ 0	\$ 4.482.500	
EP0037	ALIVEA EPS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	\$ 4.997.102	\$ 0	\$ 0	\$ 4.997.102	
											\$ 5.589.386	\$ 0	\$ 0	\$ 5.589.386	

TOTAL APORTES A REGIMIOS PROFESIONALES											
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	NÚMERO AUTOPROTECCIÓN		PAID A OTROS REGIMIOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		VALOR		VALOR	PLAZA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COL/INA	50	1.0	1.0	1.0		1.0	\$ 3,545.900	\$ 3,545.900	5.0	\$ 3,545.900
									\$ 3,545.900	5.0	\$ 3,545.900

[illegible][illegible]

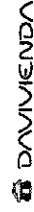
EMPLEADOS	2026	MES	AÑO
			187185441

2026/04/01 1:07 PM USUARIO: SOI CC43751807

DAVIVIENDA

[illegible]

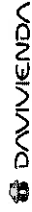
PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
TIPUS IDENTIFICACIÓN SOCIAL					NIT					ELENCO GAS					MAYO 2020																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
CIUDAD/MUNICIPIO					ENVIADO					PERIODO COTIZACIÓN					MAYO 2020																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
CL. 48 N. 25 SUR 81 L. 103					DEPARTAMENTO					DÍAS DE MORA					NÚMERO AUTORIZACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
TIPO APORTANTE					OCTAVANTE					FECHA PAGO (anualidad)					NÚMERO AUTORIZACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
FORMA DE PRESENTACIÓN					CLASE APORTANTE					BÁNEOS DE 200 COTIZACIONES					FECHA PAGO (anualidad)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
AFORTANTE					ACTIVIDAD ECONÓMICA					Actividades reguladoras y localizantes de la act					SI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
DATOS DEL COTIZANTE										DETALLE DE APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO	SALARIO	TIPO DE	COM	SIN	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT	VOT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

[illegible][illegible]

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



TIPO IDENTIFICACIÓN C.C. 8813794121 DIRECCIÓN CR. 48 N. 26 SUR 1811, 103 TIPO APORTANTE 01-EMPLEADOR FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICSE (REF. FORMA TRIBUTARIA)		DATOS GENERALES DEL APORTANTE NIT: 8813794121 ENVIADO: 2026 REPARTAMENTO: 2026 CLASE APORTANTE: 01-EMPLEADOR ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 8013794121 TIPO DE PLANILLA: PERIÓDICO COTIZACIÓN SALDO MES: marzo AÑO: 2026 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 20260601		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 8013794121 TIPO DE PLANILLA: PERIÓDICO COTIZACIÓN SALDO MES: marzo AÑO: 2026 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 20260601	
---	--	---	--	---	--	---	--

DATOS DEL COTIZANTE										DETALLE APORTES										PARAMÉTRICOS									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO DE COTIZANTE	TELEFONO	CIUDAD	PAIS	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA
06	CC	8813794121	EMPLEADOR	8813794121	BOGOTÁ	COLOMBIA	1980-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01
07	CC	8813794121	EMPLEADOR	8813794121	BOGOTÁ	COLOMBIA	1980-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01
08	CC	8813794121	EMPLEADOR	8813794121	BOGOTÁ	COLOMBIA	1980-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01
09	CC	8813794121	EMPLEADOR	8813794121	BOGOTÁ	COLOMBIA	1980-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01	2026-01-01

TOTAL PAGADO: \$ 37.989.400



Nit. 900.503-302-3

Medellín, 6 de Abril de 2026

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Certifico que la sociedad ELEINCO S.A.S con NIT 811.015.018-1, se encuentra a paz y salvo con las obligaciones del pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y particularmente, ha efectuado los pagos de dichos aportes correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de la presente certificación, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 114-1 del Estatuto Tributario (adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016).

Atentamente,

EDUAR ALONSO GARCÍA D.

Revisor Fiscal

T.P.181.934-T

En representación de RH & Asociados S.A.S.

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

5 4 6 0 5 8 E 0 F 7 2 2 4 H F 7

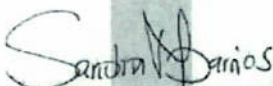
LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **EDUAR ALONSO GARCIA DAVID** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 71948917 de APARTADO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 181934-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 02 días del mes de febrero de 2026 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