

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
	"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"				
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	AREA O PROCESO QUE LO GENERA:		
	FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA	GESTION DEL TALENTO HUMANO		
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION		
	A-TH-F-010	6	3/5/2025	PAGINA	1 DE 1

CONTROL DE PAGOS POR COMPRA DE BIENES Y/O PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN REGIMEN SIMPLIFICADO (Decreto 522 de marzo de 2003)			
CIUDAD Y FECHA:		Funza, Cundinamarca, 24 de junio de 2026	
PRESTADOR DEL SERVICIO:		Luisa Fernanda Prieto Muñeton	
DIRECCION RESIDENCIA:		CL 34 18 25 AP 603	
Email:		LUPRIETOMUNETON.06@GMAIL.COM	
		SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	
		CONTRATO 444	
		NIT/ NUMERO DE CEDULA	
		TELEFONO:	
		3102568004	
		Consulta Externa	

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al mes de junio de 2026, según lo establecido en el contrato No. 444 de fecha 9 de junio de 2026 cuyo objeto es PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL DE PSIQUIATRIA DE LA ESE Y SUS SEDES ADSCRITAS , con destino a la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES	6030000	\$ 6,030,000
		VALOR TOTAL:	\$ 6,030,000
		IMPUESTO ASUMIDO:	\$ -
		TOTAL A PAGAR:	\$ 6,030,000

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI () o NO (X), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizó al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario. En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del artículo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FAVOR PAGAR A LA CUENTA: CORRIENTE () AHORROS (X)

DECLARANTE SI () NO (X)

BANCO Davivienda NO. CUENTA 0550009900362337

Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.