



MAURICIO LATORRE CUCALON

NIT 80411375 - 1
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764107094249 del 12/03/2026 al 12/03/2028
Habilita numeración de:
FE-401 al FE-1000
Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA
Responsabilidad fiscal:
R-99-PN No Aplica - Otros

AV 19 102-53 CONS.515 CLINICA LA SABANA

Bogotá, D.C,Bogotá, Colombia

Factura Electronica de Venta No. FE423
Fecha de emisión: 15/05/2026 03:14:04 PM
Fecha de validación DIAN: 15/05/2026 03:23:07 PM
Fecha de vencimiento: 14/06/2026
Plazo (Días): 30
Codigo de Moneda COP
Tasa de Cambio
Orden de Compra

Remisión
Pedido
Asesor
Aviso de Recibo

Cliente: INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA,
BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD
NIT 901034790 - 5
Dirección: CR 32 12-81
Codigo Cliente
Teléfono: 3649620
Dirección Despacho:
Contacto:
Ciudad: Bogotá, D.c.
Departamento: Bogotá
País: Colombia

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	01	pago contrato idcbis	1,00	unidad	COP 8,820,000.00	COP 0.00			COP 8,820,000.00

Total de items: 1
Observaciones
Pago contrato ICBIS abril 2026

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Consignación bancaria

Subtotal: COP 8,820,000.00

Impuestos: COP 0.00
Retenciones: COP 0.00
Cargos de la factura: COP 0.00
Descuentos de la factura: COP 0.00
Anticipos: COP 0.00
Total COP 8,820,000.00
Neto a pagar COP 8,820,000.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE dd393100bf7a853fc6447e032c5602db1f398a1c2f590018bc6fd25b10940956c7d6f22fce77035477ae4c70c310ea1b



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80411375		LATORRE CUCALON MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 17 A No. 116-69 apto 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6941505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	305565905	9504276884	I	2026/05/20	2026/05/13	BANCO ITAU	\$5,908,200

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)					\$18,500,000	\$3,145,000			\$18,500,000	\$2,312,500			\$0	\$0			\$18,500,000	\$450,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$18,500,000	\$3,145,000			\$18,500,000	\$2,312,500			\$0	\$0			\$18,500,000	\$450,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$18,500,000	\$3,145,000			\$18,500,000	\$2,312,500			\$0	\$0			\$18,500,000	\$450,700		\$0	\$0
1	CC 80411375	LATORRE MAURICIO	25-14	30	\$18,500,000	\$3,145,000	EPS002	30	\$18,500,000	\$2,312,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$18,500,000	\$450,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$18,500,000	\$3,145,000			\$18,500,000	\$2,312,500			\$0	\$0			\$18,500,000	\$450,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80411375		LATORRE CUCALON MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 17 A No. 116-69 apto 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6941505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	305565905	9504276884	I	2026/05/20	2026/05/13	BANCO ITAU	\$5,908,200

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,145,000	\$0	\$0	\$3,145,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$3,145,000	\$0	\$0	\$3,145,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$450,700	\$0	\$0	\$450,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$450,700	\$0	\$0	\$450,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,312,500	\$0	\$0	\$2,312,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$2,312,500	\$0	\$0	\$2,312,500
TOTAL				1	\$5,908,200	\$0	\$0	\$5,908,200

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MAURICIO LATORRE CUCALON			3336
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	No. DOCUMENTO		80411375	
NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-2026-0210		CORREO	MAURICILATORREC@GMAIL.	
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS Y OBJETIVOS DEL BANCO DE TEJIDOS EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL IDCBIS Y DE LA RESOLUCION NO. 932 DEL 2026.					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JHON ALEXANDER BELLO SEPULVEDA			
HONORARIOS MENSUALES	8.820.000		SERVICIO:	Grupo Banco de Tejidos	
VALOR INICIAL CONTRATO:	26.460.000		FUENTE FINANCIACION	Resolucion No. 932 del 2026	
PLAZO INICIAL CONTRATO:	INICIO	06/04/2026	TERMINACION	30/06/2026	
VALOR TOTAL CONTRATO:	51.450.000		FECHA FINAL CONTRATO:	30/09/2026	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CDP: 1	2026000553	FECHA	26/03/2026	NÚMERO DE CRP: 1	20260012	FECHA	01/04/2026
------------------	------------	-------	------------	------------------	----------	-------	------------

EJECUCION DEL CONTRATO

PERIODO CERTIFICADO		Mayo 2026		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	VALOR AUTORIZADO	8.820.000		
						01	05	2026			31	05	2026				
No.	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	DIA S	N° DE PLANILLA		RIESGO ARL		VALOR A PAGAR		VALOR EJECUTADO		SALDO CONTRATO		% EJECU.			
1	06/04/2026	30/04/2026	25	9502670834 -		3		7.350.000		7.350.000		19.110.000		27.78%			
2	01/05/2026	31/05/2026	30	9504276884 -		3		8.820.000		16.170.000		10.290.000		61.11%			

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1	Definir los criterios tecnicos de seleccón de donantes y los criterios tecnicos para la extraccion , precesamiento , analisis de laboratorio ,preservacion ,almacenamiento y distribucion de tejidoocular , asi como las politicas y procedimientos de gestion de calidad que apliquea los tejidos oculares	Accesoría técnica y científica para la documentación de selección de donantes y los procedimientos técnicos para la extracción , procesamiento , análisis de laboratorio , preservación , almacenamiento distribución de tejido ocular , a si como las políticas y procedimientos de gestión de calidad que aplique al tejido ocular	Lineamientos de criterio de selección para el Banco de tejidos como Director medico para donante tejido ocular
2	Responder por la calidad y viabilidad de tejidos oculares	Es de estricto cumplimiento validación de tejidos en el banco de ojos	Aprobación tejidos oculares obtenidos y procesados
3	Velar por el cumplimiento de las buenas practicas para tejidos ocualres	Usando dispositivos biomédicos , calibrados y precisos puedo realizar exámenes muy exactos de los tejidos revisión y aprobación para distribución de tejidos Esclera y Membrana amniótica oftalmología	Revisión avances en la validación de corneas tectónicas
4	Indicar bajo su criterio medico la aplicación de los tejidos aprobados y procesados de acuerdo a las características del tejido a implantar en pacientes que requieren tratamiento con tejidode Banco Distrital de tejidos IDCBIS	Brindar soporte medico y científico en la aprobación de tejidos oculares así como la asesoria y soporte a las IPS que realizan implanté de tejido o cuando sea requerido	Seguimiento y verificación de registros diligenciados durante el procesamiento y almacenamiento de tejido ocular
5	Autorizar la distribucion para implante de los tejidos ocualres y asesoria medico con respecto a la aplicación de tejidos en pacientes que considere bajo criteriomedico de utilizacion de tejidosprocesados por el Banco Distrital de tejidos IDCBIS	Información permanente para autorización de distribución de tejidos de acuerdo a la descripción quirúrgica como urgencias cero y otras	Código: 79423620 Lote: 1522-1523 /E 369- EM370-EM371 Fecha de rescate 19/04/2026 Código: 93448085 Lote: 1524-1525 Fecha de rescate 23/04/2026 Código: 1016094544 Lote: 1526-1527 Fecha de rescate 26/04/2026

No.	ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	MEDIO DE VERIFICACIÓN			
			Código: 1022923975 Lote: 1528-1529 /E 366- EM367-EM368 Fecha de rescate 29/04/2026 Código: 1023926210 Lote: 1530-1531 Fecha rescate 01/05/2026 Código: 1018508269 Lote: 1532-1533 Fecha rescate 08/05/2026 Código: 1014231272 Lote: 1534-1535 Fecha rescate 12/05/2026 Código: 1026559748 Lote: 1536-1537 Fecha rescate 14/05/2026			
6	Verificar que se cumpla el sistema de gestion de calidad existente entre infraestructura , procesos procedimientos y procesos de dsitribucion de los tejidos oculares	Junto con Director técnico y científico Responsable de Gestión de Calidad se verifican criterios para selección y extracción de tejido ocular	Registro en carpeta de donante			
7	Establecer las relaciones coordinacion necesarias con instituciones similates e instituciones academicas	Participación activa como director medico de tejido ocular para establecerlas acciones y lineamientos respecto a los donantes cadavéricos de tejido ocular	Registro reuniones visuales y documentos soporte			
SEGUIMIENTO AL CONTRATO						
En calidad de Supervisor del contrato citado, manifiesto que el contratista SI cumplió dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato o sus anexos (incluyendo los pagos y aportes al Sistema de Seguridad Social) y por lo tanto certifico el trámite para el pago conforme lo señala la cláusula correspondiente al valor y forma de pago. Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y planilla de seguridad social PILA.						
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9504276884	2.312.500	3.145.000	3	450.700	0	5.908.200
	0	0		0	0	0
OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:						

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Documento generado por el sistema de información. No requiere
firma manuscrita.

JHON ALEXANDER BELLO SEPULVEDA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Documento generado por el sistema de información. No requiere
firma manuscrita.

MAURICIO LATORRE CUCALON

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor