| Red de Salud del Oriente<br>Empresa Social del Estado E.S.E<br>Municipio de Santiago de Cali<br>NIT. 805.027.337-4 | FORMATO INFORME SUPERVISIÓN | CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009<br>VERSIÓN:002<br>FECHA:2025/09/08 |
|---|---|---|

## 1. DATOS GENERALES

INFORME PARCIAL [ ] INFORME FINAL [X]

Cuota Número 1

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 10/07/2026 a : 13/07/2026

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR? | SI | | NO | X |

| | |
|---|---|
| 1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 99.99% |

## 2. DATOS DEL SUPERVISOR

| | |
|---|---|
| 2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR | RUBEN DARIO LENIS HERNANDEZ |
| 2.2 PROCESO O ÁREA | GESTION LOGSTICA |
| 2.3 CARGO | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |

## 3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

| | |
|---|---|
| 3.1 NUMERO DE CONTRATO | 100.23.05.20260013 |
| 3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAAA) | 07/06/2026 |
| 3.3 CONTRATISTA | AKOLOR SUBLIMACIÓN TEXTIL SAS |
| 3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT | 901559552 |
| 3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | 202600224 |
| 3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL | 202600376 – 10/07/2026 |
| 3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $18.171.804 |
| 3.8 PLAZO | EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL SERÁ HASTA EL 15 DE AGOSTO DE 2026, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. |
| 3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAAA) | 10/07/2026 |
| 3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAAA) | 15/08/2026 |
| 3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO | N/A |
| 3.12 SUSPENSIÓN | N/A |
| 3.13 REANUDACIÓN | N/A |
| 3.14 CESIÓN | N/A |
| 3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA | N/A |
| 3.16 ADICION | N/A |
| 3.17 PRORROGA | N/A |

3.18 OBJETO:
COMPRA DE MATERIAL IMPRESO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE.

## 4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

4.1 Cumplimiento del Objeto:

| N° FACTURA | FECHA FACTURA | VALOR FACURA | ENTRADA ALMACEN | FECHA ENTRADA ALMACEN |
|---|---|---|---|---|
| FV15 | 03/08/2026 | $18.170.803,77 | 202600274 | 13/08/2026 |

Se recibe los insumos de acuerdo a lo contratado

| CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|
| Señalética | 214 |
| Carnets | 4000 |
| Adhesivos | 6100 |
| Pendones | 6 |
| Volantes | 7 |
| Señalética (100x100) | 2 |
| Pendones (100x200 – araña) | 4 |

**SEÑALETICA**
**Cantidad:** 214
**Medida:** Standard (20X25 – 30X15 – 20X20)
De acuerdo a la referencia
**Material:** Poliestireno Calibre 60
**Terminado:** refilado con despunte
**Impresión:** full color

**CARNÉTS**
**Cantidad:** 4000 unidades
2 Referencias – 2.000 unidades de cada una
**Medida:** 21cm x 14cm abierto
**Material:** Opalina 200gr
**Impresión:** full color 4x4

**ADHESIVOS**
**Cantidad:** 6.100 unidades
**Medida:** 24cm x 15cm
**Material:** Adhesivo polipropileno
**Impresión:** full color tintas PVC

**PENDONES**
**Cantidad:** 6 unidades
**Medida:** 90 X 120
**Material:** Lona
**Impresión:** full color

**VOLANTES**
**Cantidad:** 7 unidades
**Medida:** 21cm x 14cm
**Material:** Propalcote
**Impresión:** full color 4x0

**SEÑALETICA**
**Cantidad:** 2
**Medida:** 100x100 C/U
**Material:** Poliestireno Calibre 60
**Terminado:** refilado con despunte
**Impresión:** full color

**PENDONES**
**Cantidad:** 4 unidades – Con porta pendón
**Medida:** 100x200
**Material:** Lona
**Impresión:** full color

| 4.2 Grado de Cumplimiento de las obligaciones (marque con una X) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deficiente | | A mejorar | | Satisfactorio | | Sobresaliente | | No Aplica | |

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

**5. RELACIÒN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES** (Si aplica):

| ITEM | PERIODO DE PAGO *DD/MM/AAAA* | FECHA DE PAGO *DD/MM/AAAA* | VALOR |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | CERTIFICADO | CERTIFICADO | CERTIFICADO |
| SALUD | CERTIFICADO | CERTIFICADO | CERTIFICADO |
| RIESGOS PROFESIONALES | CERTIFICADO | CERTIFICADO | CERTIFICADO |
| PARAFISCALES | CERTIFICADO | CERTIFICADO | CERTIFICADO |
| NUMERO DE PLANILLA | CERTIFICADO | CERTIFICADO | CERTIFICADO |

| 6. AVANCE FINANCIERO | | |
|---|---|---|
| ITEM | VALOR | FECHA (DD/MM/AAAA) |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 18.171.804,00 | 07/06/2026 |
| CUOTAS ANTERIORES | | N/A |
| PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME | $ 18.170.803,77 | 13/08/2026 |
| VALOR EJECUTADO | $ 18.170.803,77 | 13/08/2026 |
| SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR | $ 1.000,23 | 13/08/2026 |

**7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)**

¿Existe Plan de Mejoramiento? Si: ___ No: __X__ (En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):

**8. INFORME DE EJECUCIÓN**

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI ☐ NO X

¿ENTREGO SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES? SI X NO ☐

SOPORTE FISICO: X CD/DVD ☐ USB ☐ OTRO ☐ N/A ☐

**OBSERVACIONES:.**

**9. APROBACION DE PÁGO Y/O OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR**

**9.1** ¿Procede pago en este periodo? Si X No ☐

**11. FIRMA Y FECHA DE SUPERVISION**

**RUBEN DARIO LENIS HERNANDEZ**
**Profesional Especializado**
**SUPERVISOR DE CONTRATO**

AGOSTO 13 2026
**FECHA DE ELABORACIÓN**

**MODELO DE CERTIFICACIÓN PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

Señores:
Red de Salud del Oriente E.S.E
Ciudad

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002,

**CERTIFICO**

Que Akolor sublimación textil
NIT 901559552-2
(Nombre o Razón social del proponente agregando el correspondiente NIT)

Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

ACTÚO EN MI CALIDAD DE:

Revisor Fiscal _____ Tarjeta Profesional No._____
Representante Legal X
Proponente Persona Natural _____

Nota: Esta certificación debe firmarla el Revisor Fiscal si la empresa está obligada a tenerlo, de lo contrario la firma el Representante Legal. Para el caso de personas naturales la firma el mismo proponente y se entenderá emitida bajo la gravedad del juramento.

Nombre de la persona que suscribe la presente certificación:
Mauricio Rebolledo Barreto
Documento de identidad 94460423 de Cali

Firma _____ Ciudad Cali

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 | 901559552-2 | AKOLOR SUBLIMACION TEXTIL SAS | CALLE 18 1 02 | 3192339271 | a.kolor@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 | | VALLE DEL CAUCA | CALI | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 93707654 | 24/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-06 | E | $616,850 | $297,100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS012 | Comfenalco Valle EPS | 890303093-5 | 77,200 | 0 | | 0 | | 0 | 378 | 19,100 | 0 | 96,300 | 1 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 98,700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 378 | 24,400 | 0 | 123,100 | 1 |

**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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 6,500 | | | | 6,500 | 378 | 1,700 | 8,200 | | | 65 | 8,200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF56 | Comfenalco Valle | 890303093-5 | 24,700 | 378 | 6,100 | 30,800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 12,400 | 378 | 3,100 | 15,500 | 1 |
| ICBF | | | | |
| 18,600 | 378 | 4,600 | 23,200 | 1 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 77,200 | 96,300 |
| Pensión | 1 | 98,700 | 123,100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6,500 | 8,200 |
| CCF | 1 | 24,700 | 30,800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 1 | 18,600 | 23,200 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 1 | 12,400 | 15,500 |
| TOTALES | 6 | 238,100 | 297,100 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901559552-2 | AKOLOR SUBLIMACION TEXTIL SAS | CALLE 18 1 02 | 3192339271 | a.kolor@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 | | VALLE DEL CAUCA | CALI | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 93707654 | 24/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-06 | E | $616,850 | $297,100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | 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 | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 94450423 | REBOLLEDO BARRETO MAURICIO | 1 | 0 | | | N | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 616,850 | 13 | 98,700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS012 | 616,850 | 13 | 77,200 | 14-11 | 616,850 | 13 | 2 | 6,500 | CCF56 | 616,850 | 13 | 24,700 | 616,850 | 12,400 | 18,600 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# RED DE SALUD DEL ORIENTE

**Nit. 805027337-4**

**CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:6024377777**

**ORDEN DE PAGO**
**No. 202601462**
13/08/2026

**ENTRADA A ALMACEN 202600274 DEL 13/08/2026**

**Tercero:** AKOLOR SUBLIMACION TEXTIL SAS NI 901559552-2
**Referencia Presupuestal:**
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO **No.** COM-202600376
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL **No.** CDP-202600224
**Referencia Externa:** ENTRADA A ALMACEN **No.** 202600274
**Referencia Externa 2:** DOCUMENTO EXTERNO DEL PROVEEDOR **No..** FV15

**Concepto :** Documento generado automaticamente a partir del documento EF 202600274: COMPRA DE MATERIAL IMPRESO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. SEGÚN NUMERO DEL CONTRATO 100.23.05.20260013 ( MATERIALES Y SUMINISTROS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO-DECLARANTES 2,5% (24010101) )

| Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| 2 | GASTOS | |
| 24 | GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL | |
| 245 | GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN | |
| 24501 | MATERIALES Y SUMINISTROS | |
| 2450103 | OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO) | $18.170.803.77 |
| | **TOTAL:** | **$18.170.803.77** |

**SON**
DIECIOCHO MILLONES CIENTO SETENTA MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 13 dias del mes de Agosto de 2026 para efectos del control presupuestal.

SANDRA LILLIANA VELASQUEZ NARANJO
GERENTE
31573686

# RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E

**CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:6024377777**
**Nit. 805027337-4**

**ENTRADA A ALMACEN No.202600274**
**Fecha: 13/08/2026**

**Proveedor**

**NI 901559552-2 AKOLOR SUBLIMACION TEXTIL SAS**
**Dirección:** CL 20 1 67 **Telófono:** 3192339271

**Presupuesto**

**Compromiso No:** 202600376 **Disponibilidad No:** 202600224

**Factura**

**No.** FV15 **Fecha:** 03/08/2026 **Fecha de vencimiento:** 02/09/2026

| Codigo | Suministro Nombre | Unidad | Lote | Fecha Lote | Registro Invima | Cantidad | Unitario | IVA | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 055624 | PENDON INFORMAT | UNIDAD | 0 | 30/12/2036 | N/A | 6.00 | $153.447.00 | $174.930.00 | $1.095.612.00 |
| 060213 | SE◆ALETICA EN P | UNIDAD | 0 | 30/12/2036 | N/A | 2.00 | $259.150.00 | $98.477.00 | $616.777.00 |
| 060317 | VOLANTE 1/2 CAR | UNIDAD | 0 | 30/12/2036 | N/A | 7.00 | $147.731.00 | $196.482.00 | $1.230.599.00 |
| 060318 | PENDON FULL COL | UNIDAD | 0 | 30/12/2036 | N/A | 4.00 | $219.834.00 | $167.074.00 | $1.046.410.00 |
| 060778 | STICKER ADHESIV | UNIDAD | 0 | 30/12/2036 | N/A | 6100.00 | $1.153.00 | $1.336.327.00 | $8.369.627.00 |
| 061084 | ACRILICO CARNET | UNIDAD | 0 | 30/12/2036 | N/A | 4000.00 | $390.00 | $296.400.00 | $1.856.400.00 |
| 061972 | SE◆ALETICA EN P | UNIDAD | 0 | 30/12/2036 | N/A | 214.00 | $15.532.00 | $631.530.77 | $3.955.378.77 |

**Subtotal:** **$15.269.583.00**
**I.V.A:** **$2.901.220.77**
**Total:** **$18.170.803.77**

**Son**

DIECIOCHO MILLONES CIENTO SETENTA MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE

**Observaciones**

COMPRA DE MATERIAL IMPRESO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. SEG◆N NUMERO DEL CONTRATO 100.23.05.20260013

**Imputación Contable**

| Codigo | Cuenta | Debe | Haber |
|---|---|---|---|
| 15100401 | IMPRESOS Y PUBLICACIONES | $16.314.403.77 | |
| 15141502 | PAPELERIA Y MATERIALES PARA OFICINA | $1.856.400.00 | |
| 24072207 | PROUNIVERSIDAD DEL PACIFCO | | $76.348.00 |
| 24072203 | PROHOSPITALES | | $152.696.00 |
| 24072202 | PROUNIVALLE | | $305.392.00 |
| 24362501 | IVA RETENIDO COMPRAS GRAVADAS | | $435.183.00 |
| 24010101 | BIENES | | $17.201.184.77 |
| | **Total** | **$18.170.803.77** | **$18.170.803.77** |

Reviso

Contabilizo

PEDRO ALEJANDRO CORREA CARTAGENA
CONTADOR
TP: 219156-T

## AKOLOR SUBLIMACION TEXTIL SAS

NIT: 901559552
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas  IVA
Persona Jurídica
Dirección: CL 181 - 02, CALI, Valle del Cauca, Colombia
Tel. 6023300000
Email. sublimacionakolor@gmail.com

SOMOS REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION NO RACTICAR RETENCION EN LA FUENTE NI RETENCION DE ICA-
Autorización factura electrónica de venta No: 18764113413909 válida desde 2026-07-31 hasta 2028-07-31 rango desde FV15 hasta FV1000

SOMOS REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION NO RACTICAR RETENCION EN LA FUENTE NI RETENCION DE ICA-

**Nombre/Razón Social:** RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
**NIT:** 805027337-4
**Dirección:**
**Teléfono:**
**Email:** financiero.rso@redoriente.gov.co

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de pago:** Transferencia Crédito Bancario
**Fecha de Pago:** 15/08/2026
**Total de Lineas:** 7

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:
MONEDA:
HORA EMISIÓN:
FECHA FIRMADO:

| FECHA DE EMISIÓN: | | | FECHA DE VENCIMIENTO: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 03 | 08 | 2026 | 15 | 08 | 2026 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 11 | Señalética | WSD | 214,00 | $15.532,00 | IVA | 19% | $631.531,12 | $00.0 | $3.323.848,00 |
| 2 | 2 | Carnets | WSD | 4.000,00 | $390,00 | IVA | 19% | $296.400,00 | $00.0 | $1.560.000,00 |
| 3 | 3 | Adhesivos | WSD | 6.100,00 | $1.153,00 | IVA | 19% | $1.336.327,00 | $00.0 | $7.033.300,00 |
| 4 | 5 | Pendones | WSD | 6,00 | $153.447,00 | IVA | 19% | $174.929,58 | $00.0 | $920.682,00 |
| 5 | 7 | Volantes | WSD | 7,00 | $147.731,00 | IVA | 19% | $196.482,23 | $00.0 | $1.034.117,00 |
| 6 | 111 | Señalética (100x100) | WSD | 2,00 | $259.150,00 | IVA | 19% | $98.477,00 | $00.0 | $518.300,00 |
| 7 | 16 | Pendones (100x200 ? araña) | WSD | 4,00 | $219.834,00 | IVA | 19% | $167.073,84 | $00.0 | $879.336,00 |

Notas:

SON: (dieciocho millones ciento setenta mil ochocientos tres pesos con setenta y siete centavos)

CUFE89ceb07ce5f598d93942730ab5f3427f68ee8488cf846abc70f019843c8f3a53aa6d107d4eea28d918ac6732237914f7

| | |
|---|---|
| Subtotal: | $15.269.583,00 |
| Cargos: | $0,00 |
| Descuentos: | $0,00 |
| IVA: | $2.901.220,77 |
| Total: | $18.170.803,77 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| IMPUESTOS | | | |
| 01 IVA | $15.269.583,00 | 19,00% | $2.901.220,77 |

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
RED DE SALUD DEL ORIENTE - ESE
RECIBIDO DE ALMACEN
FECHA 13 AGO 2026 HORA
NOMBRE
FIRMA

SOMOS REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION NO RACTICAR RETENCION EN LA FUENTE NI RETENCION DE ICA-
**Firma Digital:** bChuicSu/rxHfbYO9s6VZFdvTNPwDXq0jfg0kiuvJEhrvwwP+dm8BEqpryb8FTyX
Zfh3HphlKDvlXbNiiHPsjPATwTM8ncEKEd8bHbZTyXO5GYVih5zz1JBENa0cLpJK
0ToKPwBtYgGN5li6BHKmuCNYaGEdNkq4DSgV/qX2rBNorla8k7Mtkt6ZlpetuHrz
dBzV2CxFsduxcmjuVurXNbXR/8HL8JmTSHXJNpDjCOeRIFRLTFKokQko+x72BLIS
gyu8xVxOAJoGRPOvKZIsct8cBMbMCIaTTnaj2DMiBlbetlsIM77pPt+406HzqIiC
8YvrsRLGXY2xem/a8NBmSg==

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..**

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0 PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8

facturatech