| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Diana Carolina Giraldo Castaño | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1033337177 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | carogi25@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3002379552 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | QUIRURGICO PEDIATRÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | KE10C13 | 50 | KE10A26 | 25 | KE10I05 | 25 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 2914834409 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 112 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1731 | FECHA | 2026-08-19 10:44:40.000 | NÚMERO DE CRP | 31608 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-07-01 | | 2026-07-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $14,373,600 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $100,615,200 |
| VALOR EJECUTADO | $86,241,600 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $14,373,600 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $14,373,600 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 93253310 | $5,749,440 | $718,680 | $919,910 | 3 | $140,056 | $1,778,647 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ
1122647008
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Realizó las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Realiza las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | "Informacion registrada en historia clinica de los pacientes atendidos, bajo criterios de integridad y reserva legal.. " |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Llevó registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Informacion registrada en historia clinica de los pacientes atendidos, las interconsultas resueltas y las cirugias o procedimientos realizados, anotando en la descripción quirúrgica todos los códigos pertinentes. |
| 4) Participar en la programación de actividades del área. | Participó en la programación de actividades del área. | Cronograma de actividades o actas de planeación de servicios. |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Fichas de notificación (SIVIGILA) o reportes en el aplicativo de calidad. |
| 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notificó las fallas de calidad que se presentaron en el servicio, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio. | Registro de notificaciones en el sistema interno, formatos administrativos y asistenciales debidamente diligenciados en las juntas y reuniones. |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Órdenes médicas en el sistema y notas de recomendaciones en la historia clínica. |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Registro en la historia clínica de las respuestas a interconsulta, evoluciones y descripciones quirurgicas de manera legible, oportuna e integral. |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligenció el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Consentimiento informado diligenciado y registrado en la historia clínica, firmado por el acudiente, en custodia de la institución. |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Practicó el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Registros de control, revaloraciones y notas de seguimiento en historia clínica. |
| 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Constancia de información al paciente/familia registrada en la evolución clínica y los consentimientos. |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Emitió conceptos médicos que se le requieran. | Conceptos técnicos o médicos emitidos por escrito o en la historia clínica. |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Historia clínica que demuestra aplicación de manuales y procedimientos de la institución según requerimientos de la Subred. |
| 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaboró informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Informe de actividades mensual radicado ante el supervisor del contrato. |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondió por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Actas de entrega de elementos según el inventario de bienes a cargo. |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales fue convocado. | Listados de asistencia y actas de reuniones o capacitaciones. |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conoció y dió cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Historia clínica que demuestra la práctica asistencial acorde a los procedimientos establecidos por la Subred. |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Apoyó a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Informacion registrada en el aplicativo correspondiente según la actividad asignada. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Registró las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Informacion registrada en historia clinica de los pacientes atendidos, las interconsultas resueltas y las cirugias o procedimientos realizados. |
| 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participó en las investigaciones que se adelantan en la Subred que permiten conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Reportes de avances de investigación en los que sea convocado. |
| 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Realizó supervisión de los contratos para los que fue designado | Informes de supervisión o actas de verificación de cumplimiento según aplique. |
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregó la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se adjunta la copia del pago al sistema de seguridad social en salud y los certificados correspondientes. |
| 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizó las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Informacion registrada en el aplicativo correspondiente según la actividad asignada. |

ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ
1122647008
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1033337177 | DIANA CAROLINA GIRALDO CASTAÑO | CR 27 # 61 F 23 | 3002379552 | carogi25@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 93253310 | 06/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $0 | $3.723.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 1.375.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.375.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 1.760.000 | 0 | 0 | 55.000 | 55.000 | 0 | 0 | | 1.870.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 478.500 | | | | 478.500 | 0 | 0 | 478.500 | | | 4.785 | 478.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 1.375.000 | 1.375.000 |
| Pensión | 1 | 1.870.000 | 1.870.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 478.500 | 478.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 3.723.500 | 3.723.500 |

PAGADA

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 |
| CC | 1033337177 | DIANA CAROLINA GIRALDO CASTAÑO | CR 27 # 61 F 23 | 3002379552 | carogi25@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 93253310 | 06/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $0 | $3.723.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excarcelado | IND | 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 1033337177 | GIRALDO CASTAÑO DIANA CAROLINA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 11.000.000 | 30 | 1.760.000 | 0 | 0 | 55.000 | 55.000 | EPS010 | 11.000.000 | 30 | 1.375.000 | 14-25 | 11.000.000 | 30 | 4 | 478.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DIANA CAROLINA GIRALDO CASTAÑO**, identificada con **CC** número **1033337177**, aportó por **DIANA CAROLINA GIRALDO CASTAÑO** identificado(a) con **CC** número **1033337177** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 06 - 2026 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | EPS Sura | 57 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $11,000,000 | 0.12500 | $1,375,000 | $0 | $0 | Junio - 2026 | 93253310 | 06/07/2026 | NO |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 57 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $11,000,000 | 0.16000 | $1,760,000 | $55,000 | $55,000 | Junio - 2026 | 93253310 | 06/07/2026 | NO |
| 14-25 | Riesgos Profesionales Colmena | 57 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $11,000,000 | 0.04350 | $478,500 | $0 | $0 | Junio - 2026 | 93253310 | 06/07/2026 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **6** días del mes **Julio** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DIANA GIRALDO

CRA 27 # 61F - 23

Bogotá, D.C,Bogotá, Colombia

NIT 1033337177- 3
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764083837387 del 21/11/2024 al 21/11/2026
Habilita numeración de:
FE-21 al FE-1000
Régimen: No responsable de IVA
Responsabilidad fiscal:
R-99-PN No Aplica - Otros

**Cliente:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT 900959048 - 4
**Dirección:** AV 1 DE MAYO # 40B 54
**Codigo Cliente** 001
**Teléfono:** 3118421081
**Dirección Despacho:**
**Contacto:**
**Ciudad:** Bogotá, D.C
**Departamento:** Bogotá
**País:** Colombia

**Factura Electronica de Venta No.** FE91
**Fecha de emisión:** 28/07/2026 10:16:31 PM
**Fecha de validación DIAN:** 28/07/2026 10:18:37 PM
**Fecha de vencimiento:** 28/07/2026
**Plazo (Días):** 0
**Codigo de Moneda** COP
**Tasa de Cambio**
**Orden de Compra**
**Remisión**
**Pedido**
**Asesor**
**Aviso de Recibo**

| Item | Referencia | Descripción | Cant. | Unidad de Medida | Precio Unitario | Cargos y Descuentos | Impuestos | Rte Fte | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0001 | Honorarios medicos, atencion de pacientes en hospital de subred Suroccidente durante el mes de JULIO 2026. numero de horas: 120 | 120,00 | hora | COP 119,780.00 | COP 0.00 | | | COP 14,373,600.00 |

**Total de items:** 1
**Observaciones**

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | COP 14,373,600.00 |
| **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 14,373,600.00 |
| **Neto a pagar** | COP 14,373,600.00 |

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

CUFE 12ad0945f6bd822554a718b2760cf872eea7c5b581e5f56a1c651825c4fda9e768bc587d81177b6e903c8f3308a4388b