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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Tatiana Villamil Castañeda | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52864291 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ginecobstetratatianavillamil@gmail.com | | | | CELULAR: | 3134320301 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10B04 | 25 | KE10C10 | 25 | KE10A24 | 25 | KE10D01 | 25 | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488414762960 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 153 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1731 | FECHA | 2026-08-19 10:44:40.000 | NÚMERO DE CRP | 31647 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-08-01 | | 2026-08-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $10,924,080 | | | | | | |
| 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: | $84,115,416 |
| VALOR EJECUTADO | $83,023,008 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $10,924,080 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,092,408 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 94114669 | $4,806,595 | $600,824 | $769,055 | 3 | $117,089 | $1,486,968 |

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

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Atención especializada en ginecología, valoración, diagnóstico, tratamiento y realización de procedimientos, garantizando el adecuado diligenciamiento de la historia clínica conforme a la normatividad vigente. | Historias clínicas completas y firmadas, registro de procedimientos realizados y planes de manejo documentados. |
| 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 4. Participar en la programación de actividades del área | Registro oportuno en sistema institucional de consultas y procedimientos; participación en programación y organización del servicio. | Reporte estadístico mensual de producción y soportes o actas de participación en reuniones del área. |
| 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 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 | Identificación y reporte oportuno de eventos epidemiológicos y fallas de calidad; participación en análisis y aplicación de acciones de mejora. | Reportes de eventos realizados y evidencia de participación en planes de mejoramiento. |
| 7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Orientación al equipo asistencial sobre manejo médico y diligenciamiento completo y oportuno de formatos clínicos y administrativos. | Registros en historia clínica y formatos institucionales correctamente diligenciados. |
| 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | Explicación del procedimiento, obtención del consentimiento informado y realización de controles clínicos según plan de manejo. | Consentimientos informados firmados y registros de evolución y seguimiento documentados. |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran | Información clara sobre diagnóstico y tratamiento; elaboración de conceptos médicos cuando sean solicitados. | Registro en historia clínica de educación brindada y conceptos médicos emitidos. |
| 13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad 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 | Aplicación de protocolos y guías institucionales; elaboración y entrega del informe mensual al supervisor del contrato. | Evidencia de adherencia a protocolos e informe mensual firmado con certificación de cumplimiento. |
| 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. 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 | Uso adecuado y custodia de equipos asignados; asistencia a capacitaciones, inducciones y reuniones institucionales. | Paz y salvo o acta de entrega (cuando aplique) y listados de asistencia a capacitaciones. |
| 17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales | Aplicación de lineamientos institucionales y apoyo a actividades interinstitucionales cuando sea requerido. | Evidencia de cumplimiento en auditorías y soportes de participación institucional. |
| 19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 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 | Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en procesos investigativos cuando sea convocado o requerido. | Reporte de actividades registradas en plataforma y soporte de participación en investigaciones (cuando aplique en el periodo). |
| 21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Supervisión de contratos: No aplica para el periodo evaluado, toda vez que no fue designado como supervisor. Pago mensual de seguridad social y cumplimiento de actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual. | Supervisión: No aplica. Planilla PILA pagada y anexada a la cuenta de cobro. Soportes de actividades ejecutadas durante el periodo. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

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 | 52864291 | ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA | call 7 1 a 95 | 8854984 | atvillamil@fucsalud.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | CHÍA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94114669 | 06/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $2.165.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 875.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 875.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230901 | Skandia Pensiones Obligatorias | 800253055-2 | 1.120.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1.120.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 170.600 | | | | 170.600 | 0 | 0 | 170.600 | | | 1.706 | 170.600 | 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 | 875.000 | 875.000 |
| Pensión | 1 | 1.120.000 | 1.120.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 170.600 | 170.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.165.600 | 2.165.600 |

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 | 52864291 | ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA | call 7 1 a 95 | 8854984 | atvillamil@fucsalud.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | CHÍA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94114669 | 06/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $0 | $2.165.600 | |

## 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 | Excenvado | 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 52864291 | VILLAMIL CASTAÑEDA ANGELICA TATIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230901 | 7.000.000 | 30 | 1.120.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 7.000.000 | 30 | 875.000 | 14-11 | 7.000.000 | 30 | 3 | 170.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ARL

Medellin, 27 de agosto de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA** con documento de identidad **C52864291**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-06-10 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | MORA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente



Volver **Últimas modificaciones** **Todos** Seleccione

## Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Id del contrato | Número del Contrato | Entidad Estatal | Tipo de entidad | Fecha de firma | Fecha de finalización | Facturación de la entidad | Valor total de la oferta | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7557080 | 153-2026 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE. | Entidad Estatal | 02/01/2026 7:00:00 a. m. *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 5 días para terminar *(31/08/2026 23:59:00(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Angélica Tatiana Villamil Castañeda | 84.115.416 COP | Modificación aceptada enviada | Detalle |
| 6477086 | 4535-2025 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE. | Entidad Estatal | 06/09/2025 6:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 31/01/2026 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Angélica Tatiana Villamil Castañeda | 86.527.680 COP | En ejecución | Detalle |
| 4535657 | 1497-2024 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** | Entidad Estatal | 02/01/2024 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 30/04/2024 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Angélica Tatiana Villamil Castañeda | 49.215.600 COP | En ejecución | Detalle |
| 3426524 | 1852-2023 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** | Entidad Estatal | 02/01/2023 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 31/01/2024 23:59:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Angélica Tatiana Villamil Castañeda | 128.424.480 COP | En ejecución | Detalle |
| 2692307 | 2812-2022 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** | Entidad Estatal | 02/03/2022 22:00:00 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 31/01/2023 11:59:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | Angélica Tatiana Villamil Castañeda | 98.278.320 COP | En ejecución | Detalle |

Ver más

Cambiar el estilo de paginación

**OPCIONES**

**VERSIÓN**

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

**HERRAMIENTAS**

**ANGELICA TATIANA VILLAMIL CASTAÑEDA**
NIT: 52864291 - 3
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CL 3 11 44 TO 3 AP 401, CAJICÁ, Cundinamarca, Colombia
Tel. 3134320301
Email. atvillamil@fucsalud.edu.co
Autorización factura electrónica de venta No: 18764102773030 válida desde 2025-12-09 hasta 2027-12-09 rango desde TV501 hasta TV1000

**Nombre/Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
**NIT:** 900959048
**Dirección:**
**Teléfono:**
**Email:** facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de pago:** Consignación bancaria
**Fecha de Pago:** 08/09/2026
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** **TV539**
**MONEDA:** **COP Peso colombiano**
**HORA EMISIÓN:** **10:51:07**
**FECHA FIRMADO:** **27/08/2026 10:51:08**

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 27 | 08 | 2026 | 08 | 09 | 2026 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 002 | SERVICIOS MEDICOS POR HORAS | HUR | 120,00 | $91.034,00 | | | | $0,00 | $10.924.080,00 |

**Notas:** honorarios medicosespecializadosdel mes de agosto 2026segun contrato 153-2026

**SON:** (diez millones novecientos veinticuatro mil ochenta pesos con cero centavos)

**CUFE:** 324232c5791614fd8e695af9cb9e28e018755c2bbcd3baecf35686eabd74325dfb0df3b5d8583aab49fc08b160a006d5

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $10.924.080,00 |
| **Cargos:** | $0,00 |
| **Descuentos:** | $0,00 |
| **Total:** | $10.924.080,00 |

**Firma Digital:** BhyRNFBKgqWTZSqlADqp7JB9YHu7r7zbsA6Pv3xHECPFiYBexgQlBe4+OaxqMh+f
tbBRKnFM0jQeUp9+a8C1421Hs7vtJQGusWSdiTJPoPJDswF0IXM1l+pZkMOhCGOJ
F1CVZExBqspRCH0q2UK1GkldX8LEQsvnu+ShSK1kF73yJhZJyfR/zg75ITDGSIN+
H8F/6O3mC2Yfyd5Txt85XMjD3OoBHCnXOSPcAzotNkv8yN4GKHKC0u+ZNLwKxg8y
8Zt12YeAzHgnxvKrvK0fSl9LeVU47xPLUMjTEWB4g0RTb3Z8aOZmhySDVWpUA10j
BzONjKO9U2/b0uTY/u8pjw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

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