**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY** | | | **CC:** | **80852320** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **ADDCELY@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3164134860** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 54 SUR 34 72** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **40072160675** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1467 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 4.202.280** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/02** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY*
*PS_1467_2026_63AABF*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY**
**CC: 80852320**
**CEL: 3164134860**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY** | | | |
| | **CON C.C N°** | **80.852.320** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1467 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/02** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 86.847.120 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **36** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 86.847.120 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.202.280 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SAUL ARDILA DURAN | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se realizaron las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas correspondientes al plan de manejo de los pacientes, aplicando criterios científicos, técnicos y humanizados.<br>Se prestaron los servicios de acuerdo con las necesidades de los pacientes, procurando una atención segura, respetuosa, empática y centrada en la familia.<br>Se proporcionó información clara y oportuna sobre la condición clínica, evolución, tratamiento y recomendaciones correspondientes a cada paciente.<br>Se brindó atención bajo principios de ética, respeto y responsabilidad profesional, garantizando el cumplimiento de los derechos de los pacientes.<br>Se realizaron los registros asistenciales de manera completa, oportuna y veraz, garantizando la continuidad del proceso de atención.<br>Se contribuyó a las actividades de investigación, análisis y docencia que fueron requeridas, favoreciendo el intercambio de conocimientos y la mejora continua.<br>Se realizó la identificación y notificación oportuna de los eventos relacionados con seguridad del paciente, de acuerdo con los lineamientos institucionales.<br>Se apoyaron las acciones institucionales dirigidas al fortalecimiento de los procesos de habilitación, acreditación y calidad en la prestación de los servicios.<br>Se dio cumplimiento a la programación establecida para el periodo, atendiendo las necesidades del servicio y las orientaciones de la supervisión.<br>Se dio aplicación a las guías, manuales, protocolos e instructivos institucionales, contribuyendo a la calidad y estandarización de los procesos.<br>Se apoyó la elaboración de respuestas a las quejas, peticiones y requerimientos relacionados con el proceso de atención.<br>Se apoyó la gestión de auditoría de cuentas, procurando que los servicios prestados contaran con los registros y soportes requeridos para prevenir objeciones.<br>Se dio cumplimiento a los compromisos establecidos en los planes de mejora durante el periodo.<br>Se asistió a los espacios de socialización y actualización institucional requeridos durante el periodo contractual.<br>Se mantuvo la custodia y cuidado de los recursos institucionales utilizados durante la prestación del servicio.<br>Se cumplió con las obligaciones relacionadas con los registros, habilitaciones y documentación requeridos para la ejecución del contrato.<br>Se acreditó el pago oportuno de los aportes correspondientes al Sistema General de Seguridad Social y parafiscales.<br>Se atendieron y ejecutaron las demás actividades propias del objeto contractual y aquellas requeridas por la supervisión, contribuyendo al adecuado desarrollo del servicio. |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

| **ITEM** | **CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS** | **SI** | **NO** |
|---|---|---|---|
| **1** | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | **X** | |
| **2** | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | **X** | |
| **3** | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | **X** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **4** | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | **X** | |
| **5** | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | **X** | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 94906097 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | NUEVA EPS | 2026/09/03 | $ 1.940.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/09/03 | $ 2.638.400 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/09/03 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 4.578.400 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | *ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY*<br>*PS_1467_2026_63AABF*<br>**ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY**<br>**CC: 80852320** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *SAUL ARDILA DURAN*<br>*PS_1467_2026_63AABF*<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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 | 80852320 | ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY | CL 54 SUR NO 34 - 72 SUR SAN VICENTE | 3208276046 | aadcely@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 |
| | | 94906097 | 03/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $4.956.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 1.940.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.940.000 | 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 | 2.483.200 | 0 | 0 | 77.600 | 77.600 | 0 | 0 | | 2.638.400 | 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 | 378.100 | | | | 378.100 | 0 | 0 | 378.100 | | | 3.781 | 378.100 | 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 | 1.940.000 | 1.940.000 |
| Pensión | 1 | 2.638.400 | 2.638.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 378.100 | 378.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 4.956.500 | 4.956.500 |

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 | 80852320 | ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY | CL 54 SUR NO 34 - 72 SUR SAN VICENTE | 3208276046 | aadcely@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 |
| | | 94906097 | 03/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $4.956.500 | |

## 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 80852320 | DIAZ CELY ANDRES AUGUSTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 15.520.000 | 30 | 2.483.200 | 0 | 0 | 77.600 | 77.600 | EPS037 | 15.520.000 | 30 | 1.940.000 | 14-11 | 15.520.000 | 30 | 3 | 378.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 1. PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | 1. PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 1467 2026 CRP -9832.pdf | 1 PS 1467 2026 CRP -9832.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | 2 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | 3 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | 4 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 5 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | 5 PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | 2026 CUENTA DE COBRO 2026.pdf | PS 1467 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**ANDRES AUGUSTO DIAZ CELY**
NIT: 80852320 - 9
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: CL 54 SUR 34 72 BRR SAN VICENTE FERRER, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3164134860
Email. aadcely@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764111749141 válida desde 2026-06-26 hasta 2026-12-26 rango desde FE144 hasta FE1000

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

---

**Nombre/Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
**NIT:** 900959051-7
**Dirección:** DG 34 5 43, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
**Teléfono:** 3023348034
**Email:** apoyocxsubredco@gmail.com

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de pago:** Transferecia Crédito
**Fecha de Pago:** 29/10/2026
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** **FE155**

**MONEDA:** **COP Peso colombiano**
**HORA EMISIÓN:** **13:33:14**
**FECHA FIRMADO:** **29/09/2026 13:33:17**

**FECHA DE EMISIÓN**

| DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 29 | 09 | 2026 |

**FECHA DE VENCIMIENTO**

| DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 29 | 10 | 2026 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 001 | Servicios de Anestesia Honorarios Médicos | WSD | 1,00 | $4.202.280,00 | | | | $0,00 | $4.202.280,00 |

**Notas:**

**SON:** (cuatro millones doscientos dos mil doscientos ochenta pesos con cero centavos)

**CUFE:** 6b675c6f9968565079914e8391bb656ac681094a1d3f0ed75152d7fb99f3e0ec70c91d543364839ed3db902ef8a21b62

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $4.202.280,00 |
| **Cargos:** | $0,00 |
| **Descuentos:** | $0,00 |
| **Total:** | $4.202.280,00 |

**Firma Digital:** kexLZLVrB5HYyGAacrwPTkgJ8hfqksjzKNPvd8xtWkGY9z9qDYxu+LXiaoLqdJHo
xfnpxGotmC06XzV8jwHhxSe53eRfHRdjpF7lDeRft+QEeL4McsR5IDMrP0taRPKX
w+VyLMsrozhagUhSIP30RDGJGeWyf26XhCkhEkcUvxgsfi2F7ew9J5Yg4f7cqXg4
w6U3EvibZwBKr08BB3RQMDOg2IVNBZHgLPgIavlrSmI5O9PzxQna8Hw6AtGnAHvT
zpiUc9RMoGC+aQhbyrZXRIJcLuczBvKqo0CCn1RGqhdH7q2lZfoq3jJXudLYwr2l
m8bzKqZw9DEUd8UfU5hjTQ==

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..**