

Señores:	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA		
NIT: 900963716	No. FA12144		
Dirección: AK 45 137 48	Fecha Factura: 20250224 / 10:00:00		
Teléfono: 6013904571	Fecha Expedición: 20250326 / 10:00:00		
Ciudad: BOGOTA	Fecha Vence: 20250326		
	Método de Pago: Crédito		
	Medio de Pago: Transf. Crédito		

CANTIDAD	DESCRIPCION SERVICIO / VENTA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PRESTACION SERVICIO DE SUPERVISION PARA LAS DEPENDENCIAS IPS CMT SOLUCIONES MEDICAS EN LA CIUDAD DE BOGOTA DURANTE EL 1 AL 28 FEBRERO 2025 ASI			
1	BASE GRAVABLE AIU (19%): SERVICIO DE SUPERVISION	1,334,943.52	1,334,943.52
1	BASE NO GRAVABLE : SERVICIO DE SUPERVISION	12,014,491.63	12,014,491.63

Ley 1607 Artículo 462-1
Hacer Retenciones sobre Base IVA
(AIU) 10%
Base Impuesto IVA \$ 0.00

VALOR A Y S \$	0.00
SUBTOTAL VENTA \$	13,349,435.15
IMPUESTO DE IVA \$	253,639.27
Ley 1819 Art. 182 RETEFUENTE \$	

Son: TRECE MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL SETENTA Y CUATRO con 42/100 COP

TOTAL A PAGAR \$ 13,603,074.42

Esta asimila a la letra de cambio y surte todos sus efectos según el Art. 774 del C.D.C. Su pago es exigible y presta mérito ejecutivo.

En la fecha Acepto expresamente el contenido de la presente factura y hago constar que he recibido los servicios prestados a conformidad.



Firma y Sello de Recibido y/o Aceptación
 Nombre:
 C.C.
 Fecha de Recibido:

Firma Autorizada

CUFE; c67148f22772c5cf905678d8a8c3098fa37bb53b5daf37a16f59fa63efb9f8de7fd189f9949b2eda908b726e912aef6c

PAGUESE A NOMBRE DE SEPECOL LTDA. CON SELLO RESTRINGIDO AL PRIMER BENEFICIARIO O BANCO CAJA SOCIAL CUENTA DE AHORROS No. 26500837937