

<b>Señores:</b>	<b>FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA</b>	
<b>NIT:</b> 900963716	<b>No. FA11944</b>	
<b>Dirección:</b> AK 45 137 48		
<b>Teléfono:</b> 6013904571	<b>Ciudad:</b> BOGOTA	

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 31 ENERO 2025 ASI			
1	SERVICIO DE SUPERVISION	12,360,588.10	13,349,435.15

**Ley 1607 Artículo 462-1**  
**Hacer Retenciones sobre Base IVA**  
**(AIU) 10%**  
**Base Impuesto IVA \$ 1,334,943.51**

<b>VALOR A Y S \$</b>	<b>988,847.05</b>
<b>SUBTOTAL VENTA \$</b>	<b>13,349,435.14</b>
<b>IMPUESTO DE IVA \$</b>	<b>253,639.27</b>
<b>Ley 1819 Art. 182 RETEFUENTE \$</b>	

Son: TRECE MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL SETENTA Y CUATRO con 41/100 COP

**TOTAL A PAGAR \$** **13,603,074.41**

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; fbad27dbc76c19596de581bebc9d7c01976d57239ebf4c1bae4f8712458ab5196db8c5f726ebeecaaba388211b571650

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