



Hospital Pbro. Luis Felipe Arbelaez
Alejandria Antioquia
NIT. 890983701-1

**Factura
Electrónica de
Venta**

FE-3817

Fecha generación 2024-10-10 09:30:21-05:00
Fecha validación 2024-10-10 09:32:40-05:00
Moneda COP
Tipo operación SS-CUFE

Adquiriente MUNICIPIO DE ALEJANDRIA
Documento/Nit 890983701-1
Dirección CARRERA 19 # 16 - 70 BARRIO CENTENARIO
Correo contactenos@alejandria-antioquia.gov.co;hacienda@alejandria-antioquia.gov.co

Teléfono 8660077
Código Postal 050001
Tipo Doc 12-Tarjeta de identidad
Ciudad Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	9999	1.00	unidad	EJECUCION ACTIVIDADES PIC SEPTIEMBRE 2024 CONTRATO N°SS-CI-003-2024	8.795.000.00	8.795.000.00	0.00	0	8.795.000.00

Formas y medios de pago:

Totales

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor	Concepto	Valor
Credito	2024-11-10	10	Efectivo	Efectivo	Subtotal	8.795.000.00
					Total mas Impuesto	8.795.000.00
					Total Operación	8.795.000.00

Datos de usuario

Tipo documento:
Documento: 0
Primer nombre:
Segundo nombre:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Tipo usuario:

Orden De Servicio:
Fecha de inicio de atención:
Fecha de finalización de atención:
Copago: 0
Cuota moderadora: 0
Pagos compartidos: 0
Cuota de recuperación: 0



Observaciones

Valor en letras: OCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL 00 /100 COP

Observación: EJECUCION ACTIVIDADES PIC SEPTIEMBRE 2024 CONTRATO N°SS-CI-003-2024

Esta factura de venta se asemeja para todos sus efectos legales a una letra de cambio según Ley 1231 Julio 17/2008, Art. 772-774 del Cód.Cio. Esta factura de venta causara intereses moratorios a la tasa máxima legal autorizada (Art. 884), por mes apartir de la fecha de vencimiento. La firma puesta por terceros en representación, mandato u otra calidad similar a nombre del comprador, implica su obligación de acuerdo con el inciso 3º del Art. 640 del Cód.Cio. e igualmente constancia de la entrega real y material de la mercancía y/o servicios prestados descritos en este titulo valor. La transferencia del derecho de propiedad de estos artículos, productos o maquinarias, se darán efectivamente a la cancelación de la correspondiente factura de venta, mientras tanto nos reservamos el derecho de dominio total o parcial sobre los mismos. Autorizo expresamente a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar o divulgar a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos mi comportamiento comercial. Así mismo acepto pagar los honorarios que se le genere a mi acreedor por conceptode cobro pre jurídico o judicial que tenga que iniciar en mi contra, así como los gastos y costos que se le genere por el retiro y/o actualización de las bases de datos en la que me encuentre reportado por la causa de mi incumplimiento o mora.

Paciente 1	
Código prestador	050210509801
Tipo documento	
Documento	890983701
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratacion pago	
Cobertura plan	
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	
Número poliza	
Fecha inicio	10/10/2024 12:00:00 a. m.
Fecha final	10/10/2024 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00