

Nit: 900274663-3  
SEDE PRINCIPAL: SEDE VILLAVICENCIO  
DIRECCIÓN: CR 37 36 41 Barrio Brazal Alto  
CIUDAD: VILLAVICENCIO

DIAN Resolución 18764075941888 Fecha 29/07/2024 Numeración del 1 AL 15000 Código CIU 8621 Somos  
excluidos del impuesto sobre las ventas. No somos agentes de retención en IVA  
No Somos grandes contribuyentes, No somos autorretenedores  
Favor no practicar retención por ICA, actividad no gravada.

TELÉFONO: (8)6668905 - 3112394716 -  
EMAIL: direccionvillavicencio@saludllanosips.com



Factura Electrónica de Venta

04FB86

SEDE BOGOTÁ

Calle 106 54 54 Puente Largo Bogotá Tel: - 3103079173 Email: facturacion@saludllanosips.com

ADQUIRIENTE Y LUGAR DE CANCELACIÓN

SEÑORES: DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL  
NIT: 901433263 CIUDAD: BOGOTA, D.C. TIPO PAGO: CRÉDITO 30 DIAS  
DIRECCIÓN: BOGOTÁ FORMA PAGO:

FECHA FACTURA: 10/09/2024  
HORA EMISIÓN: 02:22 PM  
FECHA VENCIMIENTO: 10/10/2024

DATOS DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN: CC 72346791 NOMBRE: CAMILO TOBIAS TAVERA ARIAS

| Código     | Descripción                                                                                                                               | Cant | Vr. Unit   | Total      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|------------|
| 0000003585 | PAQUETE III DE ATENCIN AMBULATORIA PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA MAYORES DE 13 AOS.<br>CON MED<br>MES DE AGOSTO 2024 / SEDE BOGOTÁ | 1.00 | 580.000,00 | 580.000,00 |

Valor en letras: QUINIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL: \$ 580.000,00

IVA: \$ 0,00

TOTAL FACTURA: \$ 580.000,00

La presente factura se expide de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1 del art. 50 de la Ley 1458 de 2011. Es un título valor acorde con lo dispuesto por la Ley 1231 de 2008 y vencido el plazo causará el máximo de interés de mora permitido por la ley. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 la empresa dará cumplimiento al tratamiento de los datos personales registrados

FIRMA EMISOR

CepGarcia

FECHA, FIRMA Y SELLO RECIBIDO (ADQUIRIENTE) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_