FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
FECR 13585	
FECHA Y HORA DE GENERACION:	2024-12-06 16:42:43
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	2024-12-06 17:35:37
FECHA DE VENCIMIENTO:	2025-01-05

CUFE: 6f0fdf6947edb23515fb8f9f9ce2fdaf18de44b9c035158c1542bca9aa203f4e5323a80237931bf971414ae25f6f359c

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS

NIT: 900421821-1

Dirección: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La Macarena parte baja, IBAGUÉ, Tolima

Teléfono: 6082647277 - 6082701329

Correo Electrónico: clientessore@gmail.com

NIT. / C.C.: 800113672-7

Adquiriente: GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA

Plan: GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA SO

Dirección: CR 3 CLL 11 ED GOBERNACION DEL TOLIMA

Teléfono: 2611733

Ciudad: IBAGUÉ **Correo:** contactenos@tolima.gov.co

Nombre Paciente: GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA

Documento Paciente: NIT 800113672

CÓDIGO	CONCEPTO	PRECIO	DESCUENTO	CANTIDAD	% IVA	TOTAL
4621	1- SEGUNDO PAGO CORRESPONDIENTE A 60 CERTIFICACIONES PRESENTADAS CONTRATO N°3318	$ 11,148,588.00	$ 0.00	1	0.00	$ 11,148,588.00

OBSERVACIONES

TOTAL POR CONCEPTOS:	$ 11,148,588.00
PAGO MODERADOR, COPAGO:	$ 0.00
MENOS DESCUENTOS:	$ 0.00
IVA:	$ 0.00
VALOR FACTURA:	**$ 11,148,588.00**
RETENCIÓN EN LA FUENTE:	$ 1,226,345.00
RETENCIÓN IVA:	$ 0.00
RETENCIÓN ICA:	$ 0.00
TOTAL DE ITEMS:	1

SON: ONCE MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.

FORMA DE PAGO: CRÉDITO PLAZO 30 DÍAS **MEDIO DE PAGO:** CRÉDITO **ORDEN DE COMPRA:**

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS DIRECCIÓN: AV. FERROCARRIL No. 41-46 b/ La Macarena parte baja TELÉFONO: 2647277 Ibagué

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGÚN ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

APLICAR RETENCION EN LA FUENTE 11%, NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA, TARIFA ICA 5X1.000

Resolución Secretaría de Salud del Tolima No 3088 del 27 de Oct. 2017

RESOLUCIÓN DIAN No. 18764067499436 DEL 2024-03-18, HABILITA FACTURA ELECTRÓNICA DESDE FECR 12024 AL FECR 20000 VIGENCIA 12 MESES

Emisor:
POSADA RIVERA SANDRA PATRICIA

Firma:



Datos de quien recibe a conformidad

Firma: .....

Nombre: .....

No. documento de identidad: .....

Fecha de recibido (dd/mm/yyyy):.....