VENTA DE EQUIPO MEDICO, ALQUILER U.C.I. NEONATAL-ADULTO, SERVICIO TÉCNICO ESPECIALIZADO

ALARIS MEDICA
Nit 830.101.347 - 5

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
NO SOMOS AUTORRETENEDORES
TIPO RESPONSABILIDAD R-99-PN
ACT.ECONOMICA ICA 4659 TARIFA11.04*1.000
ACT.ECONOMICA ICA 3319 TARIFA 9.66*1.000

Consulte AQUI el estado de la factura DIAN

FECHA Y HORA DE VALIDACION DIAN:
13/03/2025 5:49:29 p. m.

NIT. 830,101,347-3

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

FE 1189

FECHA		
13	03	2025

FECHA DE VENCIMIENTO		
12	05	2025

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA
NIT. 820,003,850 - 2

DIRECCION CL 16 9 41
TELEFONO 6087443737

FORMA DE PAGO: CREDITO A 60 DIAS
CIUDAD: Tunja

REMISIONES

Facturacion Electronica Autorizada Formulario DIAN No. 18764088460030 del 30 mar. 1903 Al 2000
Desde06 feb. 2025 Hasta 06 feb. 2026 Prefijo FE

CANTIDAD	DESCRIPCION	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
1.00	-SERVICIO ESPECIALIZADO BIOMEDICO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO	10,266,666	10,266,666
	DE REPUESTOS Y VERIFICACION A LOS EQUIPOS BIOMEDICOS, RED DE GASES MEDICINALES, E		0
	MANIFOLDS Y SISTEMA DE ESTERILIZACION DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTIAGO DE TUNJA.		0
	PERIODO DEL 20 AL 31 DE ENERO DE 2025 SEGÚN CONTRATO SA-063-2025.		0

OBSERVACIONES:

SON: DOCE MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS . - . -
. - .

SUBTOTAL	10,266,666
I.V.A	1,950,667
TOTAL	12,217,333

Esta factura de venta adquiere la calidad de TITUO VALOR conforme a los articulos 772 -773-774-777-778 del decreto 410 de 1971 del código del comercio - ley 1231 del 17 de Julio de 2008. En caso de mora en el pagode esta factura de ventase caudaran intereses de mora a la tasa maxima legal autorizada por la superintendencia financiera. Esta factura de venta es aceptada por haber recibido real y materialmente la(s) mercancia(s) descritas.
Girese cheque cruzado a nombre de ALARIS MEDICA SAS.

CUFE:b6ecfde507782aaed2376cc0686e831f825bb9ac7dc0339ba8850d3ad926b5355693b5f9e6312c4e1bd026f16cff68d1

FIRMA ELECTRONICA:
si2nbVRu4MB9qKH7Q4rh8nm3BDMzZTHcFAggMoWOd9NVJ6Bie2SLzfsqE0Hua4N7TLe0Fx3Z7bWlVDYmls0pwKYw3pcIu+hzK3iSSPX6/b/tvAic8MQyqJiox7ppMNkVHIOPkaX9RH6KhKNtZ61SxFw9EcesBRx8VJafOb64ARQPpCFMt/H0wTqB1PPUzl54R
pg1GrvwU7zg3wJdmiKFlD2vekUI0e8VffudKnc8ZOEQUtta1nCrLQ28glw32Asa6bcdqOE4V7iqtHGb/XknuXdeaKPdR9AfcVAtiAdwgjHslls6SL5mHEFeENhs5PQ72mGLzM0efAW+0ue7BgvN7A==

HEMOS RECIBIDO CONFORME:
NOMBRE: ______________________________
IDENTIFICACION: ______________________
FECHA DE RECIBIDO:____________________
FIRMA Y SELLO: _______________________

FIRMA AUTORIZA

AUTO NTE 195 64 LC 42 CC FULL HOUSE - Tel: 7943031-Bogotá, D.C - Colombia
Email: facturacionelectronica@alarismedica.com.co
- -