

E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL
SAN PEDRO DE LOS MILAGROS

NIT: 800014405-2
Dirección: Carrera 69 N° 79 b -12
Teléfono: 868 85 04
Código IPS: 056640448101
Habilitación: 18764080967236



Factura Electrónica de Venta
FE1106265
Fecha generación: 2025-05-09 09:26:47-05:00
Fecha validación: 2025-05-09 09:31:11-05:00
Moneda: COP
Tipo operación: SS-CUFE

Aquiriente: MUNICIPIO SAN PEDRO DE LOS MILAGROS
Documento/Nit: 890983922-2
Dirección: CR 49 A # 49-38
Correo: contabilidad@sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co;contabilidad@sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co

Teléfono: 8687039
Código Postal: 050001
Tipo Doc: 31-NIT
Ciudad: Medellín-Antioquia

Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
9999	1.00	unidad	FACTURACION ABRIL 2025 A POBLACION MIGRANTES Y PNA	2.500.000.00	2.500.000.00	0.00	0	2.500.000.00

Formas y medios de pago:

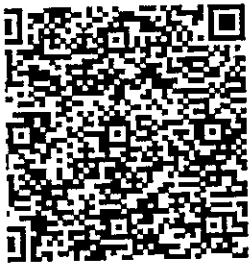
Forma	Vencimiento	Código	Medio	Valor
Contado	2025-06-09	ZZZ	Acuerdo mutuo	Acuerdo mutuo

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	2.500.000.00
Total mas Impuesto	2.500.000.00
Total Operación	2.500.000.00

Datos de usuario

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



Observaciones

Valor en letras: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL 00 /100 COP
Observación: FACTURACION ABRIL 2025 A POBLACION MIGRANTES Y PNA

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 causará 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 título 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 E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL, 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 concepto de 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.



13 MAY 2025

No. DE RADICADO: 032- 2025
ENTREGADO POR: Baudex

Recibí
13 Mayo
04 -05 pm
Genny Alzate

Paciente 1	
Código prestador	0566404481
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratación pago	05
Cobertura plan	01
Número autorización	
Número Mipres	
d Mipres	
Número contrato	CI-170-2025
Número póliza	
Fecha inicio	1/04/2025 12:00:00 a. m.
Fecha final	9/05/2025 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00

E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL
SAN PEDRO DE LOS MILAGROS

NIT: 800014405-2
Dirección: Carrera 69 N° 79 b -12
Teléfono: 868 85 04
Código IPS: 056640448101

Habilitación: 18764080967236

PREF: FE



Desde 1.087.141 hasta 1.500.000

Factura Electrónica de Venta
FE1109146
Fecha generación: 2025-06-04 14:49:58-05:00
Fecha validación: 2025-06-04 14:54:48-05:00
Moneda: COP
Tipo operación: SS-CUFE

Adquiriente: MUNICIPIO SAN PEDRO DE LOS MILAGROS
Documento/Nit: 890983922-2
Dirección: CR 49 A # 49-38
Correo: contabilidad@sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co; contabilidad@sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co

Teléfono: 8687039
Código Postal: 050001
Tipo Doc: 31-NIT
Ciudad: Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	9999	1.00	unidad	FACTURACION MAYO 2025 A POBLACION MIGRANTES Y PNA	2.500.000,00	2.500.000,00	0,00	0	2.500.000,00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Código	Medio	Valor
Contado	2025-07-04	ZZZ	Acuerdo mutuo	Acuerdo mutuo

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	2.500.000,00
Total mas Impuesto	2.500.000,00
Total Operación	2.500.000,00

Datos de usuario

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

Column1



Observaciones

Valor en letras: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL 00 /100 COP
Observación: FACTURA MAYO 2025 POBLACION MIGRANTES Y PNA

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 causará 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 título 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 oparcial sobre los mismos. Autorizo expresamente a E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL, 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 concepto de 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.

11 Junio
Gerry Abante

Paciente 1	
Código prestador	0566404481
tipo documento	
documento	0
primer apellido	
segundo apellido	
primer nombre	
segundo nombre	
tipo Usuario	
localidad	05
contratación pago	
apertura plan	01
úmero autorización	
úmero Mipres	
Mipres	
úmero contrato	CT-170-2025
úmero póliza	
fecha inicio	1/05/2025 12:00:00 a. m.
fecha final	4/06/2025 12:00:00 a. m.
copago	0.00
cota moderadora	0.00
cota recuperación	0.00
agos compartidos	0.00

E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL
— SAN PEDRO DE LOS MILAGROS —

NIT: 800014405-2
Dirección: Carrera 69 N° 79 b -12
Teléfono: 868 85 04
Código IPS: 056640448101

Habilitación: 18764080967236

PREF: FE



Desde 1.087.141 hasta 1.500.000

**Factura
Electrónica de
Venta**

FE1112443

Fecha generación 2025-07-02 14:11:40-05:00
Fecha validación 2025-07-02 14:17:37-05:00
Moneda COP
Tipo operación SS-CUFE

Adquiriente MUNICIPIO SAN PEDRO DE LOS MILAGROS
Documento/Nit 890983922-2
Dirección CR 49 A # 49-38
Correo contabilidad@sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co

Teléfono 8687039
Código Postal 050001
Tipo Doc 31-NIT
Ciudad Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	9999	1.00	unidad	FACTURACION JUNIO 2025 A POBLACION MIGRANTES Y PNA	2.500.000.00	2.500.000.00	0.00	0	2.500.000.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Código	Medio	Valor
Contado	2025-08-02	ZZZ	Acuerdo mutuo	Acuerdo mutuo

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	2.500.000.00
Total mas Impuesto	2.500.000.00
Total Operación	2.500.000.00

Datos de usuario

Column1

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

Observaciones

Valor en letras: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL 00 /100 COP

Observación: FACTURACION JUNIO 2025 A POBLACION MIGRANTES Y PNA

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 3° 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 título 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 oparcial sobre los mismos. Autorizo expresamente a E.S.E HOSPITAL SANTA ISABEL, 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 concepto de 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.



*Recibí
11 Julio
Geny Abad*

Paciente.1	
Código prestador	0566404481
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratación pago	05
Cobertura plan	01
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	CI-170-2025
Número póliza	
Fecha inicio	1/06/2025 12:00:00 a. m.
Fecha final	2/07/2025 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Costa moderadora	0.00
Costa recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00