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

NIT: 800014405-2
Dirección: Calle 43A N° 52A - 109
Teléfono: 868 85 04
Código IPS: 05664044810T

Habilitación: 18764080967236 PREF: FE Desde 1.087.141 hasta 1.500.000

Factura Electrónica de Venta	FE1123834
Fecha generación	2025-10-20 16:19:26-05:00
Fecha validación	2025-10-20 16:25:22-05:00
Moneda	COP
Tipo operación	SS-CUFE

Adquiriente	MUNICIPIO SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	Teléfono	8687039
Documento/Nit	890983922-2	Código Postal	050001
Dirección	CR 49 A # 49-38	Tipo Doc	31-NIT
Correo	contabilidad@sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co	Ciudad	Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	9999	1.00	unidad	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICION DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACION CORRIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANTA ISABEL DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS DESTINADOS A LA PRESTACION DE SERVICISO DE SALUD. Numero Autorizacion:	33.744.580.00	33.744.580.00	0.00	0	33.744.580.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Contado	2025-11-20	42	Consiganción bancaria	Consiganción bancaria

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	33.744.580.00
Total mas Impuesto	33.744.580.00
Total Operación	33.744.580.00

Datos de usuario

	Column1
Tipo documento:	
Documento: 0	
Primer nombre:	
Segundo nombre:	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Tipo usuario:	

Observaciones

Valor en letras: TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA 00 /100 COP

Observación: FACTURA SUBSIDIO A LA OFERTA OCTUBRE 2025

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 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 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 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.

ALCALDÍA MUNICIPAL
SAN PEDRO DE LOS MILAGROS
CORRESPONDENCIA RECIBIDA ARCHIVO

27 OCT 2025

Al Contestar Cite N° de Radicado: 202508120 - /
Archivista:
Dirigido A:

Cufe/Cude:e85c4c661cc1e451e931a81f183b4e16cbd62d123704205e8c7c1fbd76cf53819e1d418c5cf8145efd3a00847dfdbbdb
Kiai Facturación, producto de KIAI S.A.S NIT 901337751, Proveedor Tecnológico Autorizado por la Dian www.kiai.co
Medellín-Colombia

Paciente 1	
Codigo prestador	0566404481
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratracion pago	03
Cobertura plan	08
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	195-2025
Número poliza	
Fecha inicio	1/10/2025 12:00:00 a. m.
Fecha final	20/10/2025 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00