

Fecha generación 2025-11-19 09:28:37-05:00
Fecha validación 2025-11-19 09:36:36-05:00
Moneda COP
Tipo operación SS-CUFE

Adquiriente MUNICIPIO BURITICA PPNA FORTALECIMIENTO
Documento/Nit 890983808-0
Dirección CALLE BOLIVAR BURITICA
Correo secsalud@buritica-antioquia.gov.co

Teléfono 8527015
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	POR CONCEPTO DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE BURITICA -ANTIOQUIA PERIODO DE OCTUBRE DEL AÑO 2025, CONSIGNAR A CUENTA CORRIENTE Nro 24071244156	45.000.000.00	45.000.000.00	0.00	0	45.000.000.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Contado	2025-12-19	ZZZ	Acuerdo mutuo	Acuerdo mutuo

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	45.000.000.00
Total mas Impuesto	45.000.000.00
Total Operación	45.000.000.00



Observaciones

Valor en letras: CUARENTA Y CINCO MILLONES 00 /100 COP

Observación:

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 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 HOSPITAL SAN ANTONIO. 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.

Paciente 1	
Código prestador	0511305596
Tipo documento	
Documento	890983808
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratacion pago	05
Cobertura plan	
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	
Número póliza	
Fecha inicio	1/01/0001 12:00:00 a. m.
Fecha final	19/11/2025 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00