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: 056640448101

Habilitación: 18764080967236 PREF: FE Desde 1.087.141 hasta 1.500.000

Factura Electrónica de Venta	FE1122815
Fecha generación	2025-10-03 07:40:25-05:00
Fecha validación	2025-10-03 07:45:54-05:00
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	FACTURACION DEL 15 AL 30 DE SEPTIEMBRE 2025 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	Codigo	Medio	Valor
Contado	2025-11-03	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 DEL 15 AL 30 DE SEPTIEMBRE 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.Clo. 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.Clo. 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.

Recibí
03 octubre
Gmy Ahzle

Cufe/Cude:d2363fa7ce605a816d2e54137cf743361c1b4eecf8d3cf0b6dff96051feffa055539b7f7fa4ac0c3d49fb2c23fb2ecda

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

Paciente 1	
Código prestador	0566404481
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratacion pago	03
Cobertura plan	09
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	CI-250-2025
Número poliza	
Fecha inicio	1/09/2025 12:00:00 a. m.
Fecha final	3/10/2025 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: Calle 43A N° 52A - 109
Teléfono: 868 85 04
Código IPS: 056604048101

Habilitación: 18764080967236 PREF: FE Desde 1.087.141 hasta 1.500.000

Factura Electrónica de Venta	**FE1126499**
Fecha generación	2025-11-04 11:36:16-05:00
Fecha validación	2025-11-04 11:43:41
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	FACTURACION DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE 2025 POBLACION MIGRANTES Y PNA Numero Autorizacion:	2.500.000.00	2.500.000.00	0.00	0	2.500.000.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Contado	2025-12-04	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

	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 DEL 1AL 31 DE OCTUBRE 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 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.

Cufe/Cude:0e3b55669d568377ab85e78303f44a7aa9aba662eba5e3ba418dd77b97bbe108d552c590ffa19b77cd4d000a5fd1ea69
Kiai Facturación, producto de KIAI S.A.S NIT 901337751, Proveedor Tecnológico Autorizado por la Dian www.kiai.co

Paciente 1	
Código prestador	0566404481
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer mombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratracion pago	03
Cobertura plan	09
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	CI-250-2025
Número poliza	
Fecha inicio	1/10/2025 12:00:00 a. m.
Fecha final	4/11/2025 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00