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 **PREP:** FE **Desde** 1.087.141 **hasta** 1.500.000

Factura Electrónica de Venta	FE1141620
Fecha generación	2026-04-08 12:42:31-05:00
Fecha validación	2026-04-08 12:49:21-05:00
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 1 AL 31 DE MARZO 2026 POBLACION MIGRANTES Y PNA Numero Autorizacion:	5.000.000.00	5.000.000.00	0.00	0	5.000.000.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Contado	2026-05-08	ZZZ	Acuerdo mutuo	Acuerdo mutuo

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	5.000.000.00
Total mas Impuesto	5.000.000.00
Total Operación	5.000.000.00

Datos de usuario

Column1

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

Observaciones

Valor en letras: CINCO MILLONES 00 /100 COP

Observación: FACTURACION DEL 1 AL 31 DE MARZO 2026 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.

Recibí
10 Abril
Gerry Abadía

Paciente 1	
Código prestador	0568404481
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratracion pago	01
Cobertura plan	07
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	CI-112-2026
Número poliza	
Fecha inicio	20/02/2026 12:00:00 a. m.
Fecha final	8/04/2026 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00