VENTA DE EQUIPO MEDICO, ALQUILER U.C.I. NEONATAL-ADULTO, SERVICIO TÉCNICO ESPECIALIZADO

ALARIS MEDICA
Nit 830.101.347 - 5

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
NO SOMOS AUTORRETENEDORES
RESPONSABLE DE IVA
ACT.ECONOMICA ICA 4659 TARIFA11.04*1.000
ACT.ECONOMICA ICA 3312 TARIFA 9.66*1.000

Consulte AQUI el estado de la factura DIAN

FECHA Y HORA DE VALIDACION DIAN:
25/11/2025 2:53:18 p. m.

NIT. 830,101,347-5

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

FE 1266

FECHA		
25	11	2025
FECHA DE VENCIMIENTO		
24	01	2026

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA
NIT. 820,003,850 - 2

DIRECCION CL 16 9 41
TELEFONO 6087443737

FORMA DE PAGO: CREDITO A 60 DIAS
CIUDAD: Tunja

REMISIONES

Facturacion Electronica Autorizada Formulario DIAN No. 18764088460030 del 30 mar. 1903 Al 2000
Desde06 feb. 2025 Hasta 06 feb. 2026 Prefijo FE

CANT	DESCRIPCION	VR. UNIT	VR TOTAL
	REPUESTOS SUMINISTRADOS SEGUN COTRATO SA-0423 2025		0
1.00	-PRESOTATO DE 4 VIAS BOTON	100,000	100,000

OBSERVACIONES:

SON: CIENTO DIECINUEVE MIL PESOS . -
. - .

SUBTOTAL	100,000
I.V.A	19,000
TOTAL	119,000

Esta factura Electronica adquiere la calidad de TITULO VALOR conforme a los articulos 772 -773-774-777-778 del decreto 410 de 1971 del código del comercio - ley 1231 del 17 de Julio de 2008. En caso de mora en el pago de esta factura electronica se caudaran intereses de mora a la tasa maxima legal autorizada por la superintendencia financiera. Esta factura electronica es aceptada por haber recibido real y materialmente la(s) mercancia(s) descritas.
Favor girar a la Cuenta Corriente de Davivienda Numero 000042102509 a nombre de ALARIS MEDICA SAS.

CUFE:124497f3f2a26c1713ec620f61fc0e905c7061681f8a14c044eac82401f4f8c03ecd3e2d26514367ac68ddacaaddecfb

FIRMA ELECTRONICA:
m7R7RviGIVOcmOdAzXHc+hNporSescCOU+WpfyfD1mQqojh4RN7qbq9IOz0Yx3XG4K9kn+u/H2KcWZBkPrJQ+TAwcmxN1AQ3q/nSaXiDAWs0gEjTEZc/gjX9QM1sAk8ow6w76dBiY0lr0VxhbRN+4wDA0oFSKMz8aCwOhl43eMn8l3jXGgPF88WwOof5
Rypg7SWpwVRwBEpcy9tq2UGbxNxx8FxTyBa4iJ6bjKMd6KbXWcksnPJk7x/9tmWFbDCoC9j4Fsks8lbfFbARAQQcrNZSSUdF0ysYiOK+g5YYDRwA4+Z3jwx+B0L4ysk58vnKA/tXQDTrDlErqohOpgRy+w==

HEMOS RECIBIDO CONFORME:
NOMBRE: ______________________________
IDENTIFICACION: ________________________
FECHA DE RECIBIDO:______________________

CL 197 21-61 - CEL 3166911813-Bogotá, D.C - Colombia
Email: contabilidad@alarismedica.com.co
- ORIGINAL -