

Adquiriente DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN  
Documento/Nit 901541037-1  
Dirección CRA 77C #51-136  
Correo siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Teléfono 3695020  
Código Postal 050001  
Tipo Doc 31-NIT  
Ciudad Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	1	1.00	unidad	U.F. URGENCIAS-CONS. Y PROCEDIMIENTOS Numero Autorizacion:	231.200.00	231.200.00	0.00	0	231.200.00

### Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor	Concepto	Valor
Credito	2026-04-17	31	Transferencia Débito	Transferencia Débito	Subtotal	231.200.00
					Total mas Impuesto	231.200.00
					Total Operación	231.200.00

### Datos de usuario

Tipo documento: CC  
Documento: 70417622  
Primer nombre: ELKIN  
Segundo nombre: DE JESUS  
Primer apellido: ALZATE  
Segundo apellido: CASTAÑO  
Tipo usuario:

Orden De Servicio:  
Fecha de inicio de atención:  
Fecha de finalización de atención:  
Copago: 0  
Cuota moderadora: 0  
Pagos compartidos: 0  
Cuota de recuperación: 0



### Observaciones

Valor en letras: DOSCIENTOS TREINTA Y UNO MIL DOSCIENTOS 00 /100 COP  
Observación: \$#15-01-11-084;309;dmmmed.facturacion.electronica@gmail.com#\$

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 titulo valor. La transferencia del derecho de propiedad de estos articulos, 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 SAN RAFAEL. 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.