"En nuestras manos esta la salud"

E.S.E HOSPITAL SAN ISIDRO – GIRALDO (ANT)
Nit: 800193392-1
Correo: hospitalsanisidro@gmail.com
Tel: 8571325

Factura Electrónica de Venta **FE82675**

Fecha generación	2026-06-10 08:28:39-05:00
Fecha validación	2026-06-10 08:29:26-05:00
Moneda	COP
Tipo operación	SS-CUFE

Adquiriente	MUNICIPIO DE GIRALDO	Teléfono	8571107
Documento/Nit	890983786-7	Código Postal	050001
Dirección	GIRALDO	Tipo Doc	31-NIT
Correo	dls@giraldo-antioquia.gov.co	Ciudad	Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	9999	1.00	unidad	CICLO 5 MES MAYO DEL AÑO 2026 , CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CI-012-2025 ENTRE EL MUNICIPIO Y LA ESE HOSPITAL SAN ISIDRO PARA FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA ESE HOSPITAL SUBSIDIADO A LA OFERTA Numero Autorizacion:	21.628.428.00	21.628.428.00	0.00	0	21.628.428.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Contado	2026-07-10	ZZZ	Acuerdo mutuo	Acuerdo mutuo

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	21.628.428.00
Total mas Impuesto	21.628.428.00
Total Operación	21.628.428.00

Datos de usuario

Column1

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

Observaciones

Valor en letras: VEINTIUNO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO 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 mercancia 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ISIDRO. 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:ba0344b034d89ed69e545a61e0c4ba9e23bb45fb080e227d411a0b2c9b511d4accb11eb445de0ed35a7e62e1680c5f70
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	0530604477
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratracion pago	04
Cobertura plan	09
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	
Número poliza	
Fecha inicio	10/06/2026 12:00:00 a. m.
Fecha final	10/06/2026 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00