

Adquiriente MUNICIPIO DE ANDES SALUD PUBLICA  
Documento/Nit 890980342-7  
Dirección Calle Arboleda No 49-42  
Correo coordinasaludandes@gmail.com; hacienda@andes-antioquia.gov.co

Teléfono 8414500  
Código Postal 050001  
Tipo Doc 31-NIT  
Ciudad Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	4	1.00	unidad	U.F. QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO Numero Autorización:	60.120.000.00	60.120.000.00	0.00	0	60.120.000.00

### Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor	Concepto	Valor
Credito	2026-07-23	10	Efectivo	Efectivo	Subtotal	60.120.000.00
					Total mas Impuesto	60.120.000.00
					Total Operación	60.120.000.00

### Datos de usuario

Tipo documento: SI  
Documento: 890980342  
Primer nombre: ANDES  
Segundo nombre: (GESTION DE CASOS)  
Primer apellido: MUNICIPIO  
Segundo apellido: DE  
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: SESENTA MILLONES CIENTO VEINTE MIL 00 /100 COP  
Observación: SALUD PUBLICA MAYO 2026

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 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 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 juridico 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.

Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3		Paciente 4		Paciente 5		Paciente 6	
Código prestador	0503404432	Código prestador	0503404432	Código prestador	0503404432	Código prestador	0503404432	Código prestador	0503404432	Código prestador	0503404432
Tipo documento	SI	Tipo documento	SI	Tipo documento	SI	Tipo documento	SI	Tipo documento	SI	Tipo documento	SI
Documento	890980342	Documento	890980342	Documento	890980342	Documento	890980342	Documento	890980342	Documento	890980342
Primer apellido	MUNICIPIO	Primer apellido	MUNICIPIO	Primer apellido	MUNICIPIO	Primer apellido	MUNICIPIO	Primer apellido	MUNICIPIO	Primer apellido	MUNICIPIO
Segundo apellido	DE ANDES	Segundo apellido	DE ANDES	Segundo apellido	DE ANDES	Segundo apellido	DE	Segundo apellido	DE	Segundo apellido	DE
Primer nombre	(CONFORMACION DE	Primer nombre	(ESTRATEGIA DE	Primer nombre	(CAMPAÑA EN	Primer nombre	ANDES	Primer nombre	ANDES	Primer nombre	ANDES
Segundo nombre	REDES)	Segundo nombre	COMUNICACION)	Segundo nombre	SALUD)	Segundo nombre	(GESTION DE CASOS)	Segundo nombre	(SESION EDUCATIVA)	Segundo nombre	(CENTRO DE ESCUCHA)
Tipo Usuario	05	Tipo Usuario	05	Tipo Usuario	05	Tipo Usuario	05	Tipo Usuario	05	Tipo Usuario	05
Modalidad contratacion pago	04	Modalidad contratacion pago	04	Modalidad contratacion pago	04	Modalidad contratacion pago	04	Modalidad contratacion pago	04	Modalidad contratacion pago	04
Cobertura plan	07	Cobertura plan	07	Cobertura plan	07	Cobertura plan	07	Cobertura plan	07	Cobertura plan	07
Número autorización		Número autorización		Número autorización		Número autorización		Número autorización		Número autorización	
Número Mipres		Número Mipres		Número Mipres		Número Mipres		Número Mipres		Número Mipres	
Id Mipres		Id Mipres		Id Mipres		Id Mipres		Id Mipres		Id Mipres	
Número contrato	CI-016-2026-SS	Número contrato	CI-016-2026-SS	Número contrato	CI-016-2026-SS	Número contrato	CI-016-2026-SS	Número contrato	CI-016-2026-SS	Número contrato	CI-016-2026-SS
Número poliza		Número poliza		Número poliza		Número poliza		Número poliza		Número poliza	
Fecha inicio	22/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha inicio	22/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha inicio	22/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha inicio	22/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha inicio	22/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha inicio	22/06/2026 12:00:00 a. m.
Fecha final	23/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha final	23/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha final	23/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha final	23/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha final	23/06/2026 12:00:00 a. m.	Fecha final	23/06/2026 12:00:00 a. m.
Copago	0.00	Copago	0.00	Copago	0.00	Copago	0.00	Copago	0.00	Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00	Cuota moderadora	0.00	Cuota moderadora	0.00	Cuota moderadora	0.00	Cuota moderadora	0.00	Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00	Cuota recuperación	0.00	Cuota recuperación	0.00	Cuota recuperación	0.00	Cuota recuperación	0.00	Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00	Pagos compartidos	0.00	Pagos compartidos	0.00	Pagos compartidos	0.00	Pagos compartidos	0.00	Pagos compartidos	0.00