HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO ESE

NIT: 800030924-0
CR 6 CL 10 ESQUINA BRR URIBE
YUMBO, Valle del Cauca
Tel. 3003064406
gerencia@hospitaldeyumbo.gov.co

SS-CUFE: 9c0827237832d70a4cb3342a8af32b103a62296a22474caec5128fa8c5227fafa49e5ee450bb35b67fa5f33e0b44121c

CUV:

Cliente: SUBVENCIONES DEPARTAMENTALES **NIT** 890399029-5
Tipo de contribuyente: Jurídica
Tipo Responsabilidad: R-99-PN
Regimen contable: No responsable de IVA
Dirección: CR 6 CL 9 Y 10 CALI Valle del Cauca
Teléfono: 8860000
Email: facturacionelectronicasalud@valledelcauca.gov.co

Factura Electrónica de Venta
No. **FE551187**
Moneda: COP Colombia, Pesos
Fecha Emision: 2026-09-10

Tipo de negociación: Credito
Medio de Pago: Otro
Fecha de vencimiento: 2026-09-10

Total lineas y/o items 1

#	Centro de Costo	Referencia	Descripcion	U.M	Cantidad	Precio.U	Iva	Dcto.	Total
1		ADM033	ADQUISICION DE LA DOTACION DE EQUIPOS BASICOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL HLBEY	C62	1,00	65.500.000,00	0,00	0,00	65.500.000,00

Observaciones :

Subtotal (=):	$ 65.500.000,00
Descuentos (-):	$ 0,00
Iva (+):	$ 0,00
Total (=):	$ 65.500.000,00

Son: SESENTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS

DESCRIPCION:	BASE:	TARIFA:	IMPORTE:
IMPUESTOS			
01 IVA	$ 65.500.000,00	0%	$ 0.00

Fabricante del software:
Organización Talumm S.A.S
Nit: 900.932.040-9
Numero de Autorización: 18764114124436
Rango Autorizado: Desde 450760

Representación grafica generada por
Pagopass.co
Rango Fecha: Desde 2026-08-18
Rango Autorizado: Hasta 2000000

Modo de operacion:
Firmado a nombre propio
Rango Fecha: Hasta 2027-08-18
Vigencia: 2027-08-18

UBLExtension Sector Salud							
Codigo Prestador(H.Reps)	768920407301	**Tipo Identificación**	SI Sin identificación	**Numero Identificacion**	890399029	**Primer apellido**	DEPARTAMENTAL
Segundo Apellido		**Primer Nombre**	SECRETARIA	**Segundo Nombre**	DE SALUD	**Fecha Nacimiento**	1948-11-10
Edad	77	**Género**	Masculino	**Teléfono**	6200000	**Dirección**	
Ciudad	76892 YUMBO	**Modalidad contratación**	04 Pago por evento.	**Cobertura plan beneficios**	01 Plan de beneficios en salud financiado con UPC	**Nº Autorización:**	

Nº Admision		**Nº contrato:**	C0577				
Nº poliza:		**Ingreso**	2026-09-10	**Egreso**	2026-09-10	**Recibo caja:**	
		Tipo Usuario	-	**Rango o Nivel**	C	**Tipo Sangre**	