



NIT. 830,101,347-3

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

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
NO SOMOS AUTORRETENEDORES
TIPO RESPONSABILIDAD R-99-PN
ACT.ECONOMICA ICA 4659 TARIFA 11.04*1.000
ACT.ECONOMICA ICA 3319 TARIFA 9.66*1.000

Consulte AQUI el
estado de la factura
DIAN

FECHA Y HORA DE VALIDACION DIAN:
24/07/2024 4:21:25 p. m.

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

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA		
FE 1112		
FECHA		
24	07	2024
FECHA DE VENCIMIENTO		
22	09	2024

RESOLUCIÓN DIAN No 18764065025274 FECHA 05 feb. 2024 Vigencia 18 meses NUMERACIÓN AUTORIZADA DEL1001 AL 2000

CANTIDAD	DESCRIPCION	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
1.00	-MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS, RED DE GASES MEDICINALES, BOMBAS DE VACIO, MANIFOLDS Y SISTEMA DE ESTERELIZACION PERIODO 04 JULIO AL 19 DE JULIO DE 2024 SEGÚN CONTRATO SA-090-2024	12,605,042	12,605,042 0 0

OBSERVACIONES: NA

SON: QUINCE MILLONES DE PESOS

Esta factura de venta 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 pagode esta factura de ventase caudaran intereses de mora a la tasa maxima legal autorizada por la superintendencia financiera. Esta factura de venta es aceptada por haber recibido real y materialmente la(s) mercancia(s) descritas.
Girese cheque cruzado a nombre de ALARIS MEDICA SAS.

SUBTOTAL	12,605,042
I.V.A	2,394,958
TOTAL	15,000,000

CUFE:4e50fbc5e8c1832220c8d8e2c9ee8db6fd179c16ad775abc49684ac1bbf9b2174c98264aefe791168653e8d8943a1d6d

FIRMA ELECTRONICA:
fzuEDwou5LjRSZ/Ytc+XaizDkxkr8bHV70ImuaxFvMNH1VxPBkaMxMzk6TzMRjmTFY6bNHNuOKvLxph2to/QAvs+9DibPmz1sRg1xgZH693ApVuIfkvxaJTtL9TkOY7LJDjW/r9dFkh24SjrpOCc7/3DNdotSZne6l67PjnG7SX8ci6edzNBtRtrYMmBnZf87/IIIE6
GeDUshvUpmsI+Bnc/ekBeFq8/JRbW4rWY1DtR/0McpvIelmuCcKEYqDQoW5KaOmFYKTucF9zXuSl6XkgupKtQSJLzwcgmxEbf0PfNmQTvyYlCHmYzOhTABZ6w/CkoR5MbImsoW0PGVA==



HEMOS RECIBIDO CONFORME:

NOMBRE: _____
IDENTIFICACION: _____
FECHA DE RECIBIDO: _____
FIRMA Y SELLO: _____

FIRMA AUTORIZA

AUTO NTE 195 64 LC 42 CC FULL HOUSE - Tel: 7943031-Bogotá, D.C - Colombia
Email: facturacionelectronica@alarismedica.com.co
- ORIGINAL -