



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:
31/05/2024 2:36:38 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 1087

FECHA

31 05 2024

FECHA DE VENCIMIENTO

30 07 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 05 DE MAYO AL 04 DE JUNIO DE 2024 SEGÚN CONTRATO SA-090-2024	25,210,084	25,210,084 0 0

OBSERVACIONES:

SON: TREINTA 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	25,210,084
I.V.A	4,789,916
TOTAL	30,000,000

CUFE:5d26e4966d4f296114348895a6c5dfb783d0f77c199c7ed3b088cab2e98018afce107af22c390deeb5dfce76698b6093

FIRMA ELECTRONICA:

fjhXb/LF1vZNxvUm15gneEJrF0TJS93dvm7/jrFA0aj4U8IsoidFam7aZaBe7s7wb9wglcJhb+YyG2PWNNj5SIWg7kt8hv2j0AEFQpZBdjQC3HchfSX2wKilU+emBixADMYCP4v7w7sR4tavTkrBQSuWnWtP2BioSeN9wUABiojC0A5Yx9DxqZi6So0q3dQFKZ
Unt5RoI/YYLR6ZzfSuM6GB/C3b02cnCaHOSV56N3+uCamdIFcQyITZVE9tF9UWfUt/bhZHxskpTmH3iP3R1x/bxb19LujQMj5CG7p59F21SsqIrtFFyWVRtnR+CLNIM++dXztj4GZOnZJoR9w==



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