

FACTURA DE VENTA FDC 6985

NIT: 830080649 - 2 CLL 9A #42-115 CAMBULOS TELEFONO : 4882020 COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI GRANDES CONTRIBUYENTES NO SOMOS AUTORETENEDORES
AUTORIZADOS POR LA DIAN PARA FACTURACION
ELECTRONICA SEGUN RESOLUCION NO 18762009954764
FECHA 30 DE AGOSTO DE 2018 DE 1 AL 24000. SOMOS
GRANDES CONTRIBUYENTES, SEGUN RESOLUCION
012635 DEL 14 DE DICIEMBRE DEL 2018, NO EFECTUAR
RETENCION DE IVA RES. NA 15633 DEL18/12/2007 ACT
ECONOMICA 201-08 ICA EN CALI 3,3/1000

| VENDEDOR: MU | ÑOZ ROMERO KAREN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|--|---------------|--------------|--------|----------------|--|
| CLIENTE: NIT 805027743 DUMIAN MEDICAL S.A.S | | DIRECCION: KR 36A # 6-42 | | TELEF | ONO: 514181 | 0 UBICAC | UBICACION: COLOMBIA-VALLE DEL CAUCA-CALI | | | | | |
| PEDIDO No 149521, 149566 | | FECHA FACTUR | | FECHA VENCIMIEN | | то | | | | | | |
| | 2019-08-13 | 019-08-13 10:08:49 | | 2019-09-12 | | DUMIAN MEDICAL | | | | | | |
| | | | PRODU | ICTOS | | | | | | | | |
| CODIGO | PRODUCTO | | F.VTO | LOTE | CUM | INVIMA | CANTIDAD | VALOR UNIT | VALOR IVA | %IVA | VALOR TOTAL | |
| 54P0260003 | PRAZOSINA 1mg TABLETA CAJA X 600. EXPOFARMA | | | 1900207 | 020014493- 11 | 2016M-0011070- R1 | 3600 | 31.03 | 0.00 | 0.00% | 111708.00 | |
| 111M001610788 | 88 CURAS REDONDAS CX100 1 UNIDAD . X 1. LIFE CARE | | | 201703 | 0 | 2015DM-0014015 | 30 | 2354.00 | 0.00 | 0.00% | 70620.00 | |
| 205M001610001 | AGUJA VACUTAINER 21G X 1 1/2 PRECISIO ETERNA | N 1 UNIDAD CAJA X 100. | 2024-04- 15 | 20190416 | 00 | 0 | 4000 | 176.55 | 134178.00 | 19.00% | 706200.00 | |
| SUBTOTAL IVA RET-FTE | | | RETE-ICA | | RETE-IVA | | VALOR TOTAL | | | | | |
| \$888.528,00 \$134.178,00 | | \$0.00 | \$2.932,14 | | \$0.00 | | \$1.019.773,86 | | | | | |
| VALOR TOTAL | L: Un millón diecinueve mil setecientos s | etenta y tres coma oche | nta y sei | s pesos | | | | | | | | |
| OBSERVACION OBSERVACION | I PEDIDO : CLINICA MARIANGEL PG, KJMR I DESPACHO : | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | NOMBRE QUIEN RECIBE : | | | | | | |
| ATENTAMENTE : | | IRMA Y SELLO DEL CLIENTE : | | | NUMERO IDENTIFICACION : | | | | | | | |
| | | | | | | FECHA - RECIBIDO : | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Imprimio: MAURICIO BARRIOS Fecha Impresión : 2019-08-23 02:22