



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                    |                    |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| <b>SEÑOR(ES):</b> ORGANIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S.<br><b>Dirección:</b> CL 6 17 55 ED ICONO P2 PINARES<br><b>Teléfono:</b> 3402779 / 3175860041 <b>Ciudad:</b> PEREIRA<br><b>Nit / CC:</b> 900743259-3 <b>Contacto:</b> MELANIA AYALA<br><b>Radicacion Factura:</b> CL 6 17 55 ED ICONO P2 PINARES PEREIRA | <b>FECHA</b>           | <b>VENCIMIENTO</b> | <b>Nº CUOTAS</b>   | <b>Nº FACTURA</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 27/01/2025 (           | 29/01/2025 (       | 1                  | <b>500007396</b>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>VENDEDOR</b>        |                    | <b>CONDICIONES</b> |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Mariluz Echeverri Cano |                    | CREDITO            |                   |

REGIMEN COMUN DIAN N° 18764065872511 Fecha inicio: 20/02/2024 Fecha Fin: 20/02/2026 DEL 500.005.908 AL 500.127.728 COD. ICA 47732, 11.04 X 1000

| ITEM | REF         | DESCRIPCIÓN                                             | LOTE                                             | CANT. | V. UNITARIO | DESCUENTO | IVA (%) | VALOR TOTAL |
|------|-------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|-------------|-----------|---------|-------------|
| 1    | MF7-D13330- | SEVEN XD int. hex. implant D3.30 L13 mm , NP.           | W24009681-2<br>408-018<br>W24009681-2<br>408-020 | 2,00  | \$592.000   | 0,00      | 0,00    | \$1.184.000 |
| 2    | MH-A6375-   | Healing o Tornillo de Cicatrización Ø 4.8mm L 6mm, Plat | W23016460                                        | 2,00  | \$114.000   | 0,00      | 0,00    | \$228.000   |

EL LIBRADOR DE UN CHEQUE PRESENTADO EN TIEMPO Y NO PAGADO POR SU CULPA ABONARA AL TENEDOR, COMO SANCIÓN, EL 20% DEL IMPORTE DEL CHEQUE (ART. 731 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO)

De acuerdo a lo estipulado en el derecho que reglamenta la ley 1266 de 2008; autorizo de manera irrevocable a MIS IMPLANTS S.A.S con NIT 900.457.991-0; o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar, y divulgar a las centrales de riesgo.

Después de su vencimiento esta factura generará un interés mensual según lo estipulado en el artículo 884 del Código de Comercio.

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| <b>SUBTOTAL:</b>      | \$1.412.000 |
| <b>DESCUENTO:</b>     | \$0         |
| <b>IVA:</b>           | \$0         |
| <b>RETEFUENTE:</b>    | \$0         |
| <b>RETEIVA:</b>       | \$0         |
| <b>RETEICA:</b>       | \$0         |
| <b>AUTO CREE</b>      | \$0         |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b> | \$1.412.000 |

**COMENTARIOS**

SOLICITA MARILUZ ECHEVERRI.  
LLEVAR ANTES DE LAS 2:30 PM.  
SEDE ICONO CL 6 #17 -55 ED ICONO Piso 2 BRR  
PINARES.

**Nombre Paciente**

NR

**Solicitado Por**

. Basado en Pedidos de cliente 534470. Basado en Entregas Asesor

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS DOCE MIL PESOS M/CTE

**Apreciado Cliente:** solo se aceptarán devoluciones contra factura en el mismo mes de la emisión de la factura, o máximo 5 días después si la fecha de la factura corresponde a los últimos 5 días del mes.

**SE REALIZARAN CAMBIOS CON 6 MESES DE ANTERIORIDAD A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PRODUCTO.**

|                |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |
|----------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Diana Rios     |               | ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO ART 774 DE C.C. EN ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS Y/O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR. FAVOR GIRAR CHEQUE CRUZADO CON SELLO DE PRIMER BENEFICIARIO A NOMBRE DE MIS IMPLANTS S.A.S. |                                           |
| <b>ELABORO</b> | <b>APROBO</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>NOMBRE, C.C. Y SELLO DE ACEPTACION</b> |

