E.S.E CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.

NIT: 806001061 - 8 **Código de Habilitación: 130010081501**
Regimen: Retenedor IVA
Barrio Alcibia Sector Maria Auxiladora TEL: 6724060

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
FE64771
Autorización

Fecha Factura: 2022-10-20 **Fecha Ingreso:** 2022-10-10 **Fecha Egreso:** 2022-10-11 **Admisión: AD480120**

DATOS DE LA ENTIDAD

Cliente: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD (DADIS)
Dirección: CALLE LARGA FATIMA
Ciudad: Cartagena
Teléfono: 6605252

NIT : 890480184
Servicio: URGENCIAS
Contrato No: 08

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:	CAROLAY MICHEL GAMARRA GUTIERREZ	**Tipo de Usuario:**	Beneficiario
Identificación Pcte.:	VEN31674853	**Sexo:**	F **Nivel: 2**
Edad:	16 Años(s)	**Régimen:**	Vinculado
Dirección:	BRR PASACABALLO SECT CALLE EL GUAMO	**Teléfono:**	3232471821 - 3022173327

CENTRO ATN.: E.S.E CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.-Sede Alc | PLAN: 2022 08 DADIS NUEVO DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD - MANUAL TARIFARIO: -

Fecha	Código	Detalle	Cant.	Vlr. Unit.	Vlr. Total.
2022-10-10	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	49,300.00	49,300.00
2022-10-10	38925	SALA DE OBSERVACIÓN	1.00	70,700.00	70,700.00
2022-10-10	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	1.00	20,800.00	20,800.00
2022-10-10	19809	PROTEÍNA C REACTIVA PCR, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	1.00	12,500.00	12,500.00
2022-10-10	31100	OBSTÉTRICA	1.00	65,800.00	65,800.00
2022-10-10	19775	PARCIAL DE ORINA, INCLUÍDO SEDIMENTO	1.00	13,300.00	13,300.00
2022-10-10	37105	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO, SESIÓN	1.00	22,500.00	22,500.00
2022-10-10	1010110	Jeringa Desechable 10 ml x 21 G/1 1/2 Disp. Med.	1.00	530.00	530.00
2022-10-10	B05BS004701	SOLUCION SALINA 0.9 % x 100 CC Solucion Inyectable	1.00	6,470.00	6,470.00
2022-10-10	1010003	ABOCATH NO. 18 Disp. Med.	1.00	2,900.00	2,900.00
2022-10-10	1010075	EQUIPO MACROGOTEO Disp. Med.	1.00	3,300.00	3,300.00
2022-10-10	B05BS004701	SOLUCION SALINA 0.9 % Solucion Inyectable 500 ml	1.00	6,470.00	6,470.00
2022-10-10	A03BB0101	N BUTIL BROMURO HIOSCINA Ampolla 20 mg / 1 ml	1.00	4,220.00	4,220.00
2022-10-11	890602	VALORACIÓN INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO.	1.00	37,000.00	37,000.00

TRESCIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CT.

Total Plan:	**315,790.00**
SubTotal:	315,790.00
Cuota Moderadora:	.00
Copago:	.00
TOTAL FACTURADO:	**315,790.00**



crarroyo

Representante legal: **Recibido por:** **Fecha entrega:** **Elaborado por:**

Observaciones:

CUFE: 9E66226BBB72C056DC7930F92D78BB3D341B054613A8B2AA7EFDF548DB5FCF5BE138A96EBF2281A65ADEFF3BFF1B01A5

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor.

ENTIDAD NO CONTRIBUYENTE DE RENTA - NO SUJETO A RETENCION EN LA FUENTE - AGENTE DE RETENCION DE RENTA, IVA Resolución DIAN No. 18764035179612 con prefijo FE del 60001 al 100000 vigente de 31-08-2022 a 31-08-2023