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
FE65188
Autorización

Fecha Factura: 2022-10-24 **Fecha Ingreso:** 2022-10-11 **Fecha Egreso:** 2022-10-12 **Admisión: AD480173**

DATOS DE LA ENTIDAD

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

NIT : 890480184
Servicio: HOSP. QUIRURGICA
Contrato No: 08

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:	ARISLEIDY CARRILLO VARGAS	**Tipo de Usuario:**	Beneficiario
Identificación Pcte.:	VEN30234942	**Sexo:**	F **Nivel: 1**
Edad:	21 Años(s)	**Régimen:**	Vinculado
Dirección:	LA MARIA CRA 34 #51-12	**Teléfono:**	3004221607 - 3004221607

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.
2022-10-11	890750	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.00	59,000.00	59,000.00
2022-10-11	12110	CESAREA TRANSPERITONEAL MAS SALPINGECTOMIA (PAQUETE)	1.00	2,600,000.00	2,600,000.00
2022-10-11	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +	2.00	102,200.00	204,400.00
2022-10-11	19910	TIROIDEA ESTIMULANTE (EN NEONATO)	1.00	61,700.00	61,700.00
2022-10-12	19509	HEMOCLASIFICACIÓN (GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH)	1.00	26,500.00	26,500.00
2022-10-12	19505	HEMATOCRITO	1.00	3,800.00	3,800.00
2022-10-12	19809	PROTEÍNA C REACTIVA PCR, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	1.00	12,500.00	12,500.00
2022-10-12	19551	HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE	1.00	90,200.00	90,200.00
2022-10-12	19861	RUBEÓLA, ANTICUERPO M	1.00	72,500.00	72,500.00
2022-10-12	19929	TOXOPLASMA, ANTICUERPO M	1.00	76,300.00	76,300.00
2022-10-12	19878	SIDA, ANTICUERPOS VIH 1.	1.00	71,800.00	71,800.00
2022-10-12	906249	SIDA. ANTICUERPOS VIH 2.	1.00	71,800.00	71,800.00
2022-10-12	N02BD026701	DIPIRONA Ampolla 2.5 g / 5 ml	3.00	2,900.00	8,700.00
2022-10-12	A03FM016701	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO Ampolla 10 mg / 2 ml	3.00	1,450.00	4,350.00
2022-10-12	B05BS004701	SOLUCION SALINA 0.9 % Solucion Inyectable 100 ml	6.00	5,540.00	33,240.00
2022-10-12	1010110	Jeringa Desechable 10 ml x 21 G/1 1/2 Disp. Med.	6.00	530.00	3,180.00

TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS M/CT.

Total Plan:	**3,399,970.00**
SubTotal:	3,399,970.00
Cuota Moderadora:	.00
Copago:	60,000.00
TOTAL FACTURADO:	**3,339,970.00**

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

Observaciones:

CUFE: 8A3DD3A2118B26E63E0433351D7CEF6C5A49C2A55C377522DA49FF986FE11D83638194660E7DF5ACC4235F69E8506D95

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