**CORPORACIÓN SALUD UN**
NIT: 900578105 - 0
COD: 110012760501
DIRECCIÓN: CALLE 44 No. 59-75
TELÉFONO: 3904888

FECHA FAC: 07/09/2023 Hora: 02:52
VENC: 07/10/2023



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: HUNE 1475244**

CUFE: 5bea241124f35884acabcbf61db6f345244fa171666953cc7bd8b43fee824474b61039902461110c9ad108ad78b2cb4b

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO ID.: | CC 41443349 | | EMPRESA NIT: | 899999034 | |
| NOMBRE: | ANA FANNY ARAGON CHAMORRO | | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-SENA DISTRITO CAPITAL | | |
| TELEFONO: | 3215321140 | CARNET: | | | |
| DIRECCION: | | | DIRECCIÓN EMPRESA: | CALLE 57 NO 8-69 | |
| MUNICIPIO: | BOGOTA D.C. | EDAD: 78 | CONTRATO: | HUN84 - SENA DISTRITO CAPITAL | |
| FECHA INGRESO: | 07-09-2023 | | FECHA EGRESO: | 07-09-2023 | |
| AUTORIZACION: | 11372 | | | | |

**PROCEDIMIENTOS**

| ID | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U/M | VLR.UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 903426 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA | | 29,295.00 | **1.00** | **29,295.00** |

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de pago:** Instrumento no definido
**Plazo:** 30 DIAS

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 29,295.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 29,295.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| ABONOS Y/O COPAGOS | 0.00 |
| **SALDO A PAGAR POR EL USUARIO** | 0.00 |

**Valor a pagar por el usuario:**
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

**Valor a pagar por la empresa:**
VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Facturador: JUSTINO ALIRIO ORTIZ ROMERO
Sede: EMPRESA 1 SEDE 001 HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONA

OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE
REPRESENTANTE LEGAL

1. Entidad sin Ánimo de Lucro - Régimen Tributario Especial (Art. 19 E.T.), favor abstenerse de efectuar retenciones en la fuente.
2. Los servicios de salud están excluidos del impuesto a las ventas (Art. 476 E.T.).
3. Actividad no sujeta al Impuesto de Industria y Comercio (Decreto 352 de 2002)