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

FECHA FAC: 28/11/2023 Hora: 08:48
VENC: 28/12/2023



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: HUNE 1506583**

CUFE: 253dcba1297212d53cd568a1c63899deed9e1288f2bcc41be0e5649ddaa16061a87c177f3fbf5eac9b4d3653a0604f37

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO ID.: | CC 41395353 | | EMPRESA NIT: | 899999034 | |
| NOMBRE: | FLOR LUCIA MOYANO ECHEVERRY | | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-SENA DISTRITO CAPITAL | | |
| TELEFONO: | 3144823265 | CARNET: | | | |
| DIRECCION: | CRA 79A H 2 - 38 | | DIRECCIÓN EMPRESA: | CALLE 57 NO 8-69 | |
| MUNICIPIO: | BOGOTA D.C. | EDAD: 78 | CONTRATO: | HUN84 - SENA DISTRITO CAPITAL | |
| FECHA INGRESO: | 28-11-2023 | | FECHA EGRESO: | 28-11-2023 | |
| AUTORIZACION: | 17720 | | | | |

**PROCEDIMIENTOS**

| ID | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U/M | VLR.UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 882262 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS | | 155,722.00 | **1.00** | **155,722.00** |

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

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 155,722.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 155,722.00 |
| 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:**
CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOSVEINTIDOS PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Facturador: GUISELLE VERENISE PEREZ 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)