**Regimen Comun**
***SERVICIOS EXCLUSIVOS ART 476 E.T. NUMERAL 1***

# CLINICA OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA

**Nit:** 800008240-1
**Sede principal:** CALLE 30 No. 20-71
**Ciudad:** CARTAGENA **Teléfono:** 6056940193

**Factura Electronica de Venta No.**
**FE-81825**

**Cufe:** f181a1508c91c1213c32f7c25dea12aa41e701b274d8080c5552ddc7d7b596fb408f0219b395f1a321eb3d06ccc96c29

Nombre : SENA
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 6625567
Direccion: TERNERA KILOMETRO 1 VIA TURBACO CARTAGENA (Distrito)
Paciente: VERGARA DE BLANQUICETT CARMEN ALICIA Documento: 42202918

FECHA : 2024-09-17T00:00:00
VENCE : 17/10/2024

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 3914302 | CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA | 1 | 60,000 | 60,000 |

SON: SESENTA MIL PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 60,000 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| SALDO TOTAL | 60,000 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764066348092 DEL 28/02/2024 PREFIJO FE RANGO DEL 68406 HASTA 250000 VIGENCIA 12 MESES

**del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

**Causa Interes de Mora del 3% Mensual apartir de la fechavencimiento.**

**Favor Girar cheque cruzado a favor de : UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA S.A.S**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

*"Impreso por CENET SA NIT 830057860 - MISFACTURAS"*