CUFE: d35416c09d0cfcaf67a3b73d94e2b95a2fef8444132f6dc183746985213b4619d2fb1352dabe1e9064b2d338a4e8b570
Fecha de Aceptación Dian: 03/05/2024 5:13:52 p. m. Software: ESALUD S.A.S Nit: 830145677-1

UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS
Nit. 800.038.024-3

Teléfono 607 6007000
Direccion CL 50 24-37 BARRIO COLOMBIA
CIUDAD BARRANCABERMEJA
E-MAIL juridica@clinicalamagdalena.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE 75010

Fecha: 03/05/2024 12:44 **Fecha Vencimiento:** 03/06/2024 12:44 **Estado de Pago:** **CREDITO** **Atención:** Ambulatoria

Administradora: **DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA**

Contrato: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA **Nit:** 901541302-9

Paciente: **FABIO MAURICIO GALVAN VILLAMIZAR** **Identif:** CC 1098681798 **Edad:** 34 a 7 m 24 d **Num Hta:** **1098681798**

Télefono: 3226866440-3156208536 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 30/04/2024 9:33 **Egreso:** 30/04/2024 9:38

Nivel afil: |USUARIO REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **1011260**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
19304	AUT-2024-02-493984	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE	1,00	27400,00	0,00	27400,00

Total Servicios	**27.400,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**27.400,00**

Valor Paciente: CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Saldo APB: VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Observaciones:

FIRMA PACIENTE

HUELLA

SANDRA CECILIA BECERRA CARREÑO
RESPONSABLE FACTURACION

IVA REGIMEN COMUN. PARA EFECTOS DE ICA Y CREE NUESTRA ACTIVIDAD ES 8610. Esta factura de venta se asimila a una letra de cambio segun articulo 774 del Codigo de Comercio. Autorizacion numeracion Resolucion 18764066794290 de Marzo 05 de 2024 hasta Marzo 04 de 2025 del FE72286 al FE100000