CUFE: 06378ad9f4c77a3a606a0237a1029b4cf14b41f68b57c7f79916fdc6d6d4e5ddb08f7c2df0d4ca0c842087d1efe1160b
Fecha de Aceptación Dian: 09/08/2024 4:42:31 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 81303

Fecha: 09/08/2024 16:35 **Fecha Vencimiento:** 08/10/2024 16:35 **Estado de Pago:** **CREDITO** **Atención:** Ambulatoria

Administradora: **DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA**

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

Paciente: **MARIA ALEXANDRA HERRERA FLOREZ** **Identif:** TI 1097208119 **Edad:** 8 a 1 m 11 d **Num Hta:** **1097208119**

Télefono: 3202861700-3146680745 **Carné:**

Tipo de afil: Cotizante/Afiliado **Ingreso :** 08/08/2024 9:52 **Egreso:** 08/08/2024 13:42

Nivel afil: |USUARIO REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **1038309**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
202400	2635002	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA SOD	2,00	126400,00	0,00	252800,00

Total Servicios	**252.800,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**252.800,00**

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

Saldo APB: DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Observaciones:

FIRMA PACIENTE

HUELLA

JEIMMY LISSETT GONZALEZ RINCON
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