



**Accord  
Salud**

el plan privado de  
Unión Personal

**Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación**

Arenales 884  
1061 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel (54-11) 4000-9500  
[www.accordsalud.com.ar](http://www.accordsalud.com.ar)  
I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO

**FACTURA N° 0047 - 00099459**

**B**

COD  
06

44120

**FECHA DE EMISION: 01/09/21**

C.U.I.T.: 30-68303222-7

Reg. Nac. Obra Social: 1-2570-7

Ingresos Brutos: 901-187077-5

Inicio de Actividades: 01/08/1995

Sr.(a): **SANTILLAN, DAIANA MARIEL**  
GRAL RIVAS N: 757  
1661 - BELLA VISTA  
PROV.BUENOS AIRES

**PLAN DE COBERTURA: 310B1 PLAN ACCORD**

I.V.A.: CONS. FINAL

C.U.I.L. / DNI: 27-36727292-4

Condiciones de Venta: VENCIMIENTO PROGRAMADO

Descripción	Período	Precio Unitario	Importe
1 TITULAR	09/2021	\$ 6381.38	\$ 6381.38
AJUSTE DE CUOTA	09/2021	\$ 482.89	\$ 482.89
			<b>Total</b>
			<b>\$ 6864.27</b>
La presente factura incluye el incremento para septiembre 2021 y el ajuste no cobrado en agosto, de acuerdo a Resolución N° 2125/2021 del Ministerio de Salud oportunamente comunicada.			
<b>Al cierre de la presente liquidación: No registra deuda</b>			<b>N° Afiliado: 2583499</b>
Porcentaje de interés aplicado para el pago con recargo: 0.00 % + IVA			<b>1er. Vto.: 13/09/21</b>
Nueva línea de contacto: (011) 0810-888-2226			<b>2do. Vto.: 20/09/21</b>
El importe de esta factura será debitado de su tarjeta/cuenta: DA VISA ELECTRON NRO *****2001			<b>Próximo Vto.: 14/10/2021</b>



**Comprobante Autorizado**

*Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación.*

CAE N° 71357432873470

Fecha de Vto. de CAE: 11/09/21



**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal

Afiliado: **2583499**  
Período: **09/2021**

Nombre: **SANTILLAN, DAIANA MARIEL**

Para Accord Salud

Cheque N° .....  
Banco: .....

**FACTURA B N° 0047-00099459**

1er. Vto.: **13/09/21** - Saldo a Abonar: **\$ 6864.27**



1580258349900009945900006864271309202100

**FACTURA B N° 0047-00099459**

2do. Vto.: **20/09/21** - Saldo a Abonar: **\$ 6864.27**



1580258349900009945900006864272009202102



**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal

Afiliado: **2583499**  
Período: **09/2021**

Nombre: **SANTILLAN, DAIANA MARIEL**

Para el Banco

Cheque N° .....  
Banco: .....

**FACTURA B N° 0047-00099459**

1er. Vto.: **13/09/21** - Saldo a Abonar: **\$ 6864.27**



1580258349900009945900006864271309202100

**FACTURA CON DEBITO AUTOMATICO**  
CTA N° \*\*\*\*\*2001

**FACTURA B N° 0047-00099459**

2do. Vto.: **20/09/21** - Saldo a Abonar: **\$ 6864.27**



1580258349900009945900006864272009202102

**FACTURA CON DEBITO AUTOMATICO**  
CTA N° \*\*\*\*\*2001