|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE ELABORACIÓN | | | | NUMERO | | **DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA**  **FACTURA DE VENTA**  PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL RÉGIMEN SIMPLIFICADO | | | | | | | | | | |
| DD | MM | AAAA | |  | | 30 | | | | | | | | | | |
| 04 | 07 | 2024 | |  | |  | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE LA PERSONA NATURAL (Vendedor) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| }  NOMBRE  JANEICY MORRON ESCORCIA | | | | | | | .  c.c.  X | NIT | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN  26.853.353 | | | | | | | DV |
| DIRECCIÓN  CARRERA 52 # 94 - 125 | | | | | TELÉFONO  3135120884 | | | | | CIUDAD  BARRANQUILLA | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (Comprador) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| }  NOMBRE  **CENTRO MEDICO COGNITIVO E INVESTIGACIÓN S.A.S** | | | | | | | | NIT  X | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN  **900.479.894** | | | | | | | DV  **9** |
| DIRECCIÓN  Carrera 41 N 63-43 | | | | | TELÉFONO  3177110 | | | | | CIUDAD  BARRANQUILLA, ATLÁNTICO | | | | | | |
| UNIDAD | CANTIDAD | | CONCEPTO | | | | | | | | VALOR DE LA OPERACIÓN | | | | | |
| UNITARIO | | | | TOTAL | |
|  | 4 | | **HONORARIOS POR SERVICIOS PRESTADOS COMO MEDICO GENERAL**  **EN LA SEDE DE LA 41 EN EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2024**  HORARIO 7 AM A 1 PM:  11, 12, 17, 18 | | | | | | | | 115.000 | | | | 460.000 | |
| PERSONA NATURAL (Vendedor) | | | | | | | | | | | TOTAL | | |  | | |
| FIRMA | | | | | | | | | | |
| **$ 460.000** | | |
| R. F  M/O |  | % | |  | |
| NUMERO DE IDENTIFICACIÓN  26.853.353 | | | | | | | | | | | **TOTAL** | | | **$ 460.000** | | |
| DECLARO QUE SOY DEL RÉGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN EL ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA | | | | | | | | | | | | | | | | |