Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 29 Octubre 2021
Unidad:	REGIONAL DE SEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	Nº 81-7-20164-20
Constancia de recibido No.	**11**
Contratista:	CLINICA OCCIDENTE
NIT del contratista:	860090566-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PERTENECEN A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Valor Inicial $1.510.000.000,00
Plazo de ejecución:	30 DE DICIEMBRE DE 2020 HASTA 30 DE OCTUBRE DE 2021
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Cra 68 B bis No 44-58 Edificio BG EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A, ubicado en la ciudad de Bogotá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	DOCTOR OSCAR ARBEY MEDINA LEAL Coordinador Médico Grupo Regional Red Integral De Servicios De Salud

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fecha de entrega certificada:	Del: 25/06/2021 Al: 20/10/2021
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (indicar la vigencia del valor de la entrega 2021)	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVCOS MEDICOS	**$96.731.751**	**$96.731.751**	0	

N°. FACTURA GENERAL	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA
83754	FE1248520	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	TORRES SORA LIGIA MARINA	80.000
83754	FE1248524	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	BARON MOLANO GLORIA MARINA	80.000
83754	FE1248528	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	MORALES MORENO ANA MERCEDES	80.000
83754	FE1248531	09/10/2021 12:00:00 a.m.	27/09/2021 12:00:00 a.m.	BARON MORENO LINDAURA	80.000
83754	FE1248534	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	80.000
83754	FE1248552	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	GUIZA ANGULO LUZ AMANDA	80.000
83754	FE1248558	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	VELASCO CANO FLOR MARIA	80.000
83754	FE1248563	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	PACAVITA AVILA MARIA JOSEFINA	80.000
83754	FE1248566	09/10/2021 12:00:00 a.m.	20/09/2021 12:00:00 a.m.	BARRERO HERNANDEZ ANDRES JULIO CESAR	80.000
83754	FE1248567	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	MONTOYA FORERO ELKIN ROLANDO	80.000
83754	FE1248573	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/09/2021 12:00:00 a.m.	VEGA RIGOBERTO QUINTERO	80.000
83754	FE1251508	15/10/2021 12:00:00 a.m.	24/08/2021 12:00:00 a.m.	BARRERO HERNANDEZ ANDRES JULIO CESAR	554.862
83754	FE1251591	15/10/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	ZAMUDIO TORRES JOSE ANTONIO	670.103
83754	FE1251772	15/10/2021 12:00:00 a.m.	01/09/2021 12:00:00 a.m.	GUIZA ANGULO LUZ AMANDA	1.626.810
83659	FE1238918	20/09/2021 12:00:00 a.m.	09/09/2021 12:00:00 a.m.	MOYA CARDONA GLORIA DORIS	$ 17.264
83659	FE1240847	23/09/2021 12:00:00 a.m.	02/07/2021 12:00:00 a.m.	VIVAS DAZA GERMAN	$ 5.505.038
83659	FE1241185	24/09/2021 12:00:00 a.m.	13/07/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	$ 5.505.038
83659	FE1241192	24/09/2021 12:00:00 a.m.	20/08/2021 12:00:00 a.m.	MUÑOZ ROMERO CAROLINA	$ 5.505.038

83659	FE1245749	04/10/2021 12:00:00 a.m.	24/09/2021 12:00:00 a.m.	AROCA FABIO	$ 40.950
83659	FE1245752	04/10/2021 12:00:00 a.m.	28/06/2021 12:00:00 a.m.	VELASQUEZ SANTIAGO CLARA EULALIA	$ 5.505.038
83659	FE1245753	04/10/2021 12:00:00 a.m.	25/06/2021 12:00:00 a.m.	HERREÑO VELASCO LUIS EDUARDO	$ 5.505.038
83659	FE1245754	04/10/2021 12:00:00 a.m.	29/07/2021 12:00:00 a.m.	JIMENEZ CORRALES NATALIA DEL CARMEN	$ 5.505.038
83659	FE1245757	04/10/2021 12:00:00 a.m.	04/08/2021 12:00:00 a.m.	ACUÑA DE FERNANDEZ ALICIA	$ 5.505.038
83659	FE1245758	04/10/2021 12:00:00 a.m.	05/08/2021 12:00:00 a.m.	MOZAMBITE ESPEJO MARIA PAZ	$ 5.505.038
83659	FE1246340	05/10/2021 12:00:00 a.m.	04/10/2021 12:00:00 a.m.	MARTINEZ DE FORERO RITA EMPERATRIZ	$ 17.264
83659	FE1246949	06/10/2021 12:00:00 a.m.	05/10/2021 12:00:00 a.m.	PINEDA JORGE ENRIQUE	$ 17.264
83659	FE1248724	09/10/2021 12:00:00 a.m.	15/07/2021 12:00:00 a.m.	VALBUENA SALAS ALFREDO	$ 5.505.038
83659	FE1248727	09/10/2021 12:00:00 a.m.	13/08/2021 12:00:00 a.m.	RIVERO GOMEZ SEGUNDO EMILIO	$ 5.505.038
83659	FE1248728	09/10/2021 12:00:00 a.m.	08/09/2021 12:00:00 a.m.	QUIMBAY JIMENEZ WILLIAM ORLANDO	$ 5.505.038
83659	FE1249568	11/10/2021 12:00:00 a.m.	25/08/2021 12:00:00 a.m.	ROCHA CABALLERO CELMIRA ELENA	$ 5.505.038
83659	FE1249572	11/10/2021 12:00:00 a.m.	05/08/2021 12:00:00 a.m.	VIDAL POLOQUE AMPARO	$ 5.505.038
83659	FE1250738	13/10/2021 12:00:00 a.m.	12/10/2021 12:00:00 a.m.	VALENCIA SHARINA ISAMAR	$ 17.264
83659	FE1251092	14/10/2021 12:00:00 a.m.	04/10/2021 12:00:00 a.m.	SILVA ALFONSO ANA RUBIELA	$ 17.264
83659	FE1251226	14/10/2021 12:00:00 a.m.	29/09/2021 12:00:00 a.m.	HERNANDEZ CANO RUBY	$ 17.264
83659	FE1251998	16/10/2021 12:00:00 a.m.	16/09/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	$ 7.003.403
83659	FE1251999	16/10/2021 12:00:00 a.m.	16/09/2021 12:00:00 a.m.	VALCARCEL VALCARCEL ELDA INES	$ 1.332.441
83659	FE1252030	16/10/2021 12:00:00 a.m.	14/07/2021 12:00:00 a.m.	FORERO RODRIGUEZ MARTHA LUCIA	$ 5.505.038
83659	FE1252886	19/10/2021 12:00:00 a.m.	14/09/2021 12:00:00 a.m.	TORRES RODRIGUEZ JORGE ALBERTO	$ 1.926.764
83659	FE1252890	19/10/2021 12:00:00 a.m.	14/09/2021 12:00:00 a.m.	FIGUEROA POVEDA HECTOR ELI	$ 5.505.038
83659	FE1254897	22/10/2021 12:00:00 a.m.	20/10/2021 12:00:00 a.m.	GORDILLO CUBIDES SANDRA PATRICIA	$ 17.264
VALOR					**$96.731.751**

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento del **ANEXO 2** obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

FIRMA DE SUPERVISOR

DOCTOR **OSCAR ARBEY MEDINA LEAL**
Grupo Soporte y Seguimiento Servicios de Alto Impacto

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD
SECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
NOV 20
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

Bogotá, octubre 20 de 2.021

En mi nombre de Contador de la **CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.** NIT 860090566-1 y para dar cumplimiento a lo preceptuado en los Artículos 50 de la Ley 789 de 2.002 y 6 de la Ley 828 de 2.003.

C E R T I F I C O

1. Que he examinado los libros de contabilidad de la **Clínica del Occidente S.A.**, los cuales se encuentran llevados en debida forma de acuerdo con las normas legales sobre la materia.

2. Que los registros asentados en ellos se encuentran debidamente soportados con los documentos internos y externos que respaldan su registro.

3. Que al examen efectuado en relación con el cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social integrada y aportes parafiscales se pudo verificar que la administración ha dado cumplimiento a lo establecido en las leyes, durante el presente año en forma que se relacionan a continuación y se cancelaron según ***Planilla No. 51892520.***

PERIODO	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS PROFESIONALES	APORTES FONDO DE PENSIONES	APORTES AL SENA, ICBF Y CAJA	FECHA DE PAGO
mar-21	86.099.900	30.322.600	274.143.500	74.535.900	12/04/2021
abr-21	82.895.900	31.800.900	283.971.600	73.829.800	13/05/2021
may-21	81.876.700	31.642.100	279.196.000	72.541.500	9/06/2021
jun-21	89.903.400	32.971.200	293.696.500	78.747.300	12/07/2021
jul-21	91.624.900	32.709.300	299.750.600	79.784.400	12/08/2021
ago-21	86.264.800	32.777.100	291.880.500	76.451.700	9/09/2021
sep-21	92.410.100	33.765.400	302.976.100	80.579.600	12/10/2021

4. Que los registros anteriores se encuentran en los libros Diario, Mayor y Balance respectivamente.

5. Certificando que se encuentran al día en los pagos.

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

MARIO ORJUELA ARGUELLO
Contador
TP 196469 – T
CC. 93.291.761 de Bogotá

Elaboró: CLTIQUE
Revisó: FCAMPOS

VIGILADO Supersalud

ARUS

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-10-12, 07:51:05 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2021
Empresa	CLINICA DEL OCCIDENTE SA
NIT	NI 860090566
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	51892520
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1163118057
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 509.731.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	211	$ 65.194.800	$ 0
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	195	$ 65.717.100	$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	259	$ 117.156.600	$ 0
N800227940	231001	COLFONDOS	145	$ 53.262.600	$ 0
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	3	$ 1.644.800	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	39	$ 3.123.700	$ 0
N805000427	EPS016	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	6	$ 1.579.300	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	214	$ 26.003.800	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	210	$ 16.262.300	$ 0
N805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	3	$ 185.900	$ 0
N901097473	EPS044	MEDIMAS EPS	3	$ 166.700	$ 0
N830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A. (antes COLMEDICA)	8	$ 1.679.000	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	96	$ 10.118.600	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	42	$ 7.923.900	$ 0
N900298372	EPSC34	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	8	$ 510.800	$ 0
N901037916	MIN001	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	1	$ 81.700	$ 0
N901021565	ESSC18	CMRC RECAUDO FOSYGA-EMSSANAR E.S.S	1	$ 39.600	$ 0
N899999107	EPSC22	EPS-S CONVIDA	1	$ 36.400	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	225	$ 24.612.800	$ 0
N817001773	EPSIC3	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDA A.I.C	2	$ 85.600	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	854	$ 33.765.400	$ 0
N891500182	CCF14	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA - COMFACAUCA	28	$ 1.752.200	$ 0
N860007336	CCF22	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	794	$ 70.599.400	$ 0
N899999034	PASENA	SENA	13	$ 3.291.200	$ 0
N899999239	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	13	$ 4.936.800	$ 0
		SubTotales:		$ 509.731.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 509.731.200

Fecha Actual : jueves, 28 octubre 2021

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

860090566

RADICADO **83754**

TERCERO: 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Rad Entidad

342201365

EJECUTIVO DE CUENTA:

FECHA DE RADICADO: 26/10/2021

ESTADO: Registrado

DIRECCION: CARRERA 68 B BIS # 44-58

OBSERVACIONES: **CONTRATO:** ONC01 ONCOLOGIA - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

ONCOLOGIA

Nº	FACTURA	DOCUMENTO	PACIENTE	FEC_FAC	VAL FACTURA	VALRADICADO
1	FE0001248520	40027940	LIGIA MARINA TORRES SORA	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
2	FE0001248524	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
3	FE0001248528	23755034	ANA MERCEDES MORALES MORENO	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
4	FE0001248531	40022418	LINDAURA BARON MORENO	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
5	FE0001248534	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
6	FE0001248552	23823405	LUZ AMANDA GUIZA ANGULO	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
7	FE0001248558	40028043	FLOR MARIA VELASCO CANO	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
8	FE0001248563	24069894	MARIA JOSEFINA PACAVITA AVILA	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
9	FE0001248566	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
10	FE0001248567	4121928	ELKIN ROLANDO MONTOYA FORERO	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
11	FE0001248573	74300043	RIGOBERTO QUINTERO VEGA	09/10/2021	$ 80.000,00	$ 80.000,00
12	FE0001251508	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	15/10/2021	$ 554.862,00	$ 554.862,00
13	FE0001251591	6753924	JOSE ANTONIO ZAMUDIO TORRES	15/10/2021	$ 670.103,00	$ 670.103,00
14	FE0001251772	23823405	LUZ AMANDA GUIZA ANGULO	15/10/2021	$ 1.626.810,00	$ 1.626.810,00

TOTAL RADICADO: **$ 3.731.775,00**

SON TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Nombre reporte : CRRPRadicacion

Usuario: MACASTRO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]



CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248520

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:1 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 11:21 a.m.
Hoja de Trabajo : 223242 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 11:21 a.m.
Autorizacion : 1307906 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3102377719 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40027940 LIGIA MARINA TORRES SORA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 6 MESES - 14 DÍAS
Cufe : 25433d98e03611dd580e874ffd397e700da21ff807cc495079787f3318a124d383ea0c1aed320c665191fbc822e004b7

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: **1**
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20[illegible]
SELLO VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248520

83754

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:1 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 11:21 a.m.
Hoja de Trabajo : 223242 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 11:21 a.m.
Autorizacion : 1307906 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3102377719 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40027940 LIGIA MARINA TORRES SORA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 6 MESES - 14 DÍAS
Cufe : 25433d98e03611dd580e874ffd397e700da21ff807cc495079787f3318a124d383ea0c1aed320c665191fbc822e004b7

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]
02 NOV 20[illegible]
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248524

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:9 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:2 a.m.
Hoja de Trabajo : 222920 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:2 a.m.
Autorizacion : 919833 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144255796-3204144426 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11A 4A-48
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 2 MESES - 8 DÍAS
Cufe : 0a764cf0df244ae211b36b8a48fc892714bda89f974ff10ca90d6110c6f48eb07627d3902546d3d5b807eabbb4a3bb18

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓN [illegible]
GRUPO FINANCIERO
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248524

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:9 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:2 a.m.
Hoja de Trabajo : 222920 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:2 a.m.
Autorizacion : 919833 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144255796-3204144426 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11A 4A-48
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 2 MESES - 8 DÍAS
Cufe : 0a764cf0df244ae211b36b8a48fc892714bda89f974ff10ca90d6110c6f48eb07627d3902546d3d5b807eabbb4a3bb18

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE ... NIDAD
SEC... ...A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20..
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248528

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:13 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:0 a.m.
Hoja de Trabajo : 222918 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:0 a.m.
Autorizacion : 1253088 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112904344 **Carnet :**
Dirección: NO BRINDAN
Paciente : 23755034 ANA MERCEDES MORALES MORENO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 3 MESES - 11 DÍAS
Cufe : b24cc2e9e95851d6d2854125f7b04ec1ae73b5d104cb6e0d97113aec5a65049c4e03381e16e6283a667227ac7111fc6c

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET $/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248528

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:13 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:0 a.m.
Hoja de Trabajo : 222918 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:0 a.m.
Autorizacion : 1253088 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112904344 **Carnet :**
Dirección: NO BRINDAN
Paciente : 23755034 ANA MERCEDES MORALES MORENO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 3 MESES - 11 DÍAS
Cufe : b24cc2e9e95851d6d2854125f7b04ec1ae73b5d104cb6e0d97113aec5a65049c4e03381e16e6283a667227ac7111fc6c

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248531

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:17 a.m.** **Fec Ingreso:** 27.Sep.2021 11:27 a.m.
Hoja de Trabajo : 223249 **Fec Egreso:** 27.Sep.2021 11:27 a.m.
Autorizacion : 1146291 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40022418 LINDAURA BARON MORENO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 68 AÑOS - 2 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 2d40db75ad9a0f0c06b2be4aa44e7cac429e7c329fadc66be49aca6f183d12e4cccb03cdae060e5a4089c3c70d8007c1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: **1**
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]A
GRUPO FINANCIE[illegible]O
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RE[illegible]IDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248531

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:17 a.m.** **Fec Ingreso:** 27.Sep.2021 11:27 a.m.
Hoja de Trabajo : 223249 **Fec Egreso:** 27.Sep.2021 11:27 a.m.
Autorizacion : 1146291 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40022418 LINDAURA BARON MORENO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 68 AÑOS - 2 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 2d40db75ad9a0f0c06b2be4aa44e7cac429e7c329fadc66be49aca6f183d12e4cccb03cdae060e5a4089c3c70d8007c1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]O
0 2 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RE[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248534

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:8 a.m.
Hoja de Trabajo : 222930 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:8 a.m.
Autorizacion : 904802 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 4 MESES - 21 DÍAS
Cufe : 38ec698353be8b61285a63d29c473cf87cdf1bc04eca45b7209ddc84c25042bdcf9bf6e5638cfd59f3add4f8a7c35eb4

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL, FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248534

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 9:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:8 a.m.
Hoja de Trabajo : 222930 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:8 a.m.
Autorizacion : 904802 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 4 MESES - 21 DÍAS
Cufe : 38ec698353be8b61285a63d29c473cf87cdf1bc04eca45b7209ddc84c25042bdcf9bf6e5638cfd59f3add4f8a7c35eb4

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]O
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248552

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:10 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 11:23 a.m.
Hoja de Trabajo : 223245 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 11:23 a.m.
Autorizacion : 1200368 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3015497900 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 23823405 LUZ AMANDA GUIZA ANGULO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 4 MESES - 18 DÍAS
Cufe : d069eb4cbf776af4a3d76ce0343aa2ed49d2a9ab7b9ad27fda135ac225e36442eca445da47a79c0c763293b16ed68f8c

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: **1**
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN D... IDAD
SEC... ...
GRUPO FINANCI... O
0 2 NOV 20..
SUJETO A VERIFICACIÓN
RE... ...

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248552

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:10 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 11:23 a.m.
Hoja de Trabajo : 223245 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 11:23 a.m.
Autorizacion : 1200368 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3015497900 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 23823405 LUZ AMANDA GUIZA ANGULO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 4 MESES - 18 DÍAS
Cufe : d069eb4cbf776af4a3d76ce0343aa2ed49d2a9ab7b9ad27fda135ac225e36442eca445da47a79c0c763293b16ed68f8c

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN D... SECCIO... GRUPO FINANCIE... O
0 2 NOV 20..
SUNTO ... VERIFI... ...

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248558

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:16 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 6:58 a.m.
Hoja de Trabajo : 222914 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 6:58 a.m.
Autorizacion : 1291444 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : TUNJA **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40028043 FLOR MARIA VELASCO CANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 55 AÑOS - 10 MESES - 12 DÍAS
Cufe : f9aa554aba7ca2cecd9ad738eff47f4e0598233366f536ae63be04b3eae8d507b8abbaf67b6ccfebf6e7ba25e87102b2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80,000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248558

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:16 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 6:58 a.m.
Hoja de Trabajo : 222914 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 6:58 a.m.
Autorizacion : 1291444 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : TUNJA **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40028043 FLOR MARIA VELASCO CANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 55 AÑOS - 10 MESES - 12 DÍAS
Cufe : f9aa554aba7ca2cecd9ad738eff47f4e0598233366f536ae63be04b3eae8d507b8abbaf67b6ccfebf6e7ba25e87102b2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248563

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 11:12 a.m.
Hoja de Trabajo : 223235 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 11:12 a.m.
Autorizacion : 1290502 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : SIN INFO **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 24069894 MARIA JOSEFINA PACAVITA AVILA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 55 AÑOS - 11 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 72b8f1efd142415dc2937ef6871006f704dc1b99bab806d383158ccd476c641e8237739c59ade7e97d5efcc4569ff5f6

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248563

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 11:12 a.m.
Hoja de Trabajo : 223235 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 11:12 a.m.
Autorizacion : 1290502 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : SIN INFO **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 24069894 MARIA JOSEFINA PACAVITA AVILA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 55 AÑOS - 11 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 72b8f1efd142415dc2937ef6871006f704dc1b99bab806d383158ccd476c641e8237739c59ade7e97d5efcc4569ff5f6

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]
SECCIONAL [illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248566

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:31 a.m.** **Fec Ingreso:** 20.Sep.2021 11:25 a.m.
Hoja de Trabajo : 223246 **Fec Egreso:** 20.Sep.2021 11:25 a.m.
Autorizacion : 1232231 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI **Carnet :**
Dirección: CALLE 67 SUR # 15-23
Paciente : 7275493 ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 11 MESES - 4 DÍAS
Cufe : eed98b8bed4275f2617cba5d0f2a9a536a53607dffaf8c421613f7f2e32d6460f606ef88513e49d4ae114e75d3990fdc

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: **1**
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIO[illegible]A
GRUPO FINANCIE[illegible]O
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248566

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:31 a.m.**
Hoja de Trabajo : 223246
Autorizacion : 1232231
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI
Dirección: CALLE 67 SUR # 15-23

Fec Ingreso: 20.Sep.2021 11:25 a.m.
Fec Egreso: 20.Sep.2021 11:25 a.m.
Tipo : Otro
Sexo : Masculino
Carnet :

Paciente : 7275493 ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 11 MESES - 4 DÍAS
Cufe : eed98b8bed4275f2617cba5d0f2a9a536a53607dffaf8c421613f7f2e32d6460f606ef88513e49d4ae114e75d3990fdc

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
							80.000
CONSULTAS MEDICAS							
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248567

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:34 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 6:59 a.m.
Hoja de Trabajo : 222916 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 6:59 a.m.
Autorizacion : 1299242 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INF **Carnet :**
Dirección: GANCHANTIVA
Paciente : 4121928 ELKIN ROLANDO MONTOYA FORERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 39 AÑOS - 0 MESES - 11 DÍAS
Cufe : 399ce8df86e29656978267f34afd36ca1d30567a83ff9aabba2739a1efeb6217d492f776071eb249e130f6133327d99f

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248567

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:34 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 6:59 a.m.
Hoja de Trabajo : 222916 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 6:59 a.m.
Autorizacion : 1299242 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INF **Carnet :**
Dirección: GANCHANTIVA
Paciente : 4121928 ELKIN ROLANDO MONTOYA FORERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 39 AÑOS - 0 MESES - 11 DÍAS
Cufe : 399ce8df86e29656978267f34afd36ca1d30567a83ff9aabba2739a1efeb6217d492f776071eb249e130f6133327d99f

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN ASISTENCIAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248573

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:39 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:11 a.m.
Hoja de Trabajo : 222933 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:11 a.m.
Autorizacion : 1290607 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : SIN INFO **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 74300043 RIGOBERTO QUINTERO VEGA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 61 AÑOS - 4 MESES - 3 DÍAS
Cufe : fefdde081238343da0ea057d9a8c14f68534a9521d6a4023ca5218eee49fcc17e43910df9c665fbb38691596040101d5

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE SALUD
SECCIONAL TUNJA
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248573

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 10:39 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Sep.2021 7:11 a.m.
Hoja de Trabajo : 222933 **Fec Egreso:** 13.Sep.2021 7:11 a.m.
Autorizacion : 1290607 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : SIN INFO **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 74300043 RIGOBERTO QUINTERO VEGA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 61 AÑOS - 4 MESES - 3 DÍAS
Cufe : fefdde081238343da0ea057d9a8c14f68534a9521d6a4023ca5218eee49fcc17e43910df9c665fbb3869159604010 1d5

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE ... NIDAD
SECCIÓ... ...A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251508

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **15 Oct 2021 11:5 a.m.** **Fec Ingreso:** 24.Ago.2021 11:31 a.m.
Hoja de Trabajo : 223255 **Fec Egreso:** 24.Ago.2021 11:31 a.m.
Autorizacion : 1232268 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI **Carnet :**
Dirección: CALLE 67 SUR # 15-23
Paciente : 7275493 ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 10 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 057c3456a3a11198b02d66ce5ef899789b2a73fa9ce7fff4b296da1189d65b2b9e8b8a7c73b1a8a704e285daa9441cf1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**80.724**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		4	1.519		6.076
3	22712010	TAPON HEPARINIZADO- CUMS:DM-22712010		2	194		388
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		5	14.553		72.765
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		5	174		870
6	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		5	125		625
MEDICAMENTOS PBS							**132.650**
7	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		5	1.417		7.085
8	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		5	1.228		6.140
9	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		10	1.339		13.390
10	11110503	Fluorouracilo 500 mg /10 mL Solucion inyectable Vial-CUMS:19905209-01		10	4.603		46.030
11	11110576	Folinato de Calcio polvo esteril para reconstituir vial 50 mg-CUMS:20139379-01		5	10.591		52.955
12	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		5	1.410		7.050

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	554.862
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	11.097
VALOR TOTAL A PAGAR	543.765

Total Items: 12

TOTAL: **QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIÓ... DE ...
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20..
SUJETO A VERIFICACIÓN

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 Nit : **860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251508

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **15 Oct 2021 11:5 a.m.** **Fec Ingreso:** 24.Ago.2021 11:31 a.m.
Hoja de Trabajo : 223255 **Fec Egreso:** 24.Ago.2021 11:31 a.m.
Autorizacion : 1232268 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI **Carnet :**
Dirección: CALLE 67 SUR # 15-23
Paciente : 7275493 ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 10 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 057c3456a3a11198b02d66ce5ef899789b2a73fa9ce7fff4b296da1189d65b2b9e8b8a7c73b1a8a704e285daa9441cf1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**80.724**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		4	1.519		6.076
3	22712010	TAPON HEPARINIZADO- CUMS:DM-22712010		2	194		388
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		5	14.553		72.765
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		5	174		870
6	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		5	125		625
MEDICAMENTOS PBS							**132.650**
7	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		5	1.417		7.085
8	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		5	1.228		6.140
9	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		10	1.339		13.390
10	11110503	Fluorouracilo 500 mg /10 mL Solucion inyectable Vial-CUMS:19905209-01		10	4.603		46.030
11	11110576	Folinato de Calcio polvo esteril para reconstituir vial 50 mg-CUMS:20139379-01		5	10.591		52.955
12	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		5	1.410		7.050

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	554.862
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	11.097
VALOR TOTAL A PAGAR	543.765

Total Items: 12

TOTAL: **QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251591

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **15 Oct 2021 13:19 p.m.** **Fec Ingreso:** 30.Sep.2021 11:34 a.m.
Hoja de Trabajo : 223258 **Fec Egreso:** 30.Sep.2021 11:34 a.m.
Autorizacion : 1415735 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 6753924 JOSE ANTONIO ZAMUDIO TORRES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 69 AÑOS - 8 MESES - 12 DÍAS
Cufe : bb739af9e395c6f93d99c2fa2163effb9b74328da205bc4deab9a2540d4e8566fd6ae41662eb668a498fc9a25f8c5c90

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**132.107**
1	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDADMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	132.107		132.107
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**15.868**
2	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
3	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
4	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
5	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		1	125		125
MEDICAMENTOS PBS							**522.128**
6	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
7	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228
8	11110047	ZoLedronico Acido anhidro 4mg/5mL Solución Inyectable Vial-CUMS:19952873-01		1	518.066		518.066

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	670.103
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	13.402
VALOR TOTAL A PAGAR	656.701

Total Items: **8**
TOTAL: **SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

RECEPCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL DE SALUD
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
FOLIO DE VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251591

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **15 Oct 2021 13:19 p.m.** **Fec Ingreso:** 30.Sep.2021 11:34 a.m.
Hoja de Trabajo : 223258 **Fec Egreso:** 30.Sep.2021 11:34 a.m.
Autorizacion : 1415735 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 6753924 JOSE ANTONIO ZAMUDIO TORRES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 69 AÑOS - 8 MESES - 12 DÍAS
Cufe : bb739af9e395c6f93d99c2fa2163effb9b74328da205bc4deab9a2540d4e8566fd6ae41662eb668a498fc9a25f8c5c90

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**132.107**
1	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDADMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	132.107		132.107
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**15.868**
2	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
3	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
4	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
5	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		1	125		125
MEDICAMENTOS PBS							**522.128**
6	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
7	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228
8	11110047	ZoLedronico Acido anhidro 4mg/5mL Solución Inyectable Vial-CUMS:19952873-01		1	518.066		518.066

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	670.103
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	13.402
VALOR TOTAL A PAGAR	656.701

Total Items: 8

TOTAL: **SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL [illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251772

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **15 Oct 2021 17:39 p.m.** **Fec Ingreso:** 01.Sep.2021 11:29 a.m.
Hoja de Trabajo : 223250 **Fec Egreso:** 01.Sep.2021 11:29 a.m.
Autorizacion : 1200442 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3015497900 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 23823405 LUZ AMANDA GUIZA ANGULO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 4 MESES - 6 DÍAS
Cufe : c0fdc79aa1b9b96e9ce7d5a91709a4e29ec0c9c9f82242d85f8a510015c5f5bda38b5039a14196378a92d04890a44630

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**368.598**
2	C270050	Dispositivo de infusión ambulatoria 48 horas ref:C270050-		2	126.220		252.440
3	22412012	Agujas Anguladas Winged Surecan G 20 x 20mm REf:4448340-		2	42.675		85.350
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	174		348
6	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		2	125		250
7	23512007	JERINGA 50 C.C. LUER LOOK- CUMS:DM-23512007		2	552		1.104
MEDICAMENTOS PBS							**916.724**
8	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		4	337		1.348
9	11110007	Dextrosa 5% Solucion Inyectable BOLSA x 500 mL- CUMS:29522-04		2	1.496		2.992
10	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
11	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		12	1.228		14.736
12	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		8	1.339		10.712
13	11110503	Fluorouracilo 500 mg /10 mL Solucion inyectable Vial- CUMS:19905209-01		22	4.603		101.266
14	11110537	Oxaliplatino 100 mg polvo liofilizado FRASCO- CUMS:19993868-01		4	114.679		458.716
15	11110576	Folinato de Calcio polvo esteril para reconstituir vial 50 mg- CUMS:20139379-01		30	10.591		317.730
16	11114026	metocLOPRAmida 10 mg TABLETA- CUMS:19955371-04		30	25		750
17	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		4	1.410		5.640

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 1.626.810
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 32.536
VALOR TOTAL A PAGAR 1.594.274
Total Items: 17
TOTAL: **UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE ... NIDAD
SEC... ...A
GRUPO FINANCIE...O
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251772

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **15 Oct 2021 17:39 p.m.** **Fec Ingreso:** 01.Sep.2021 11:29 a.m.
Hoja de Trabajo : 223250 **Fec Egreso:** 01.Sep.2021 11:29 a.m.
Autorizacion : 1200442 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3015497900 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 23823405 LUZ AMANDA GUIZA ANGULO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 4 MESES - 6 DÍAS
Cufe : c0fdc79aa1b9b96e9ce7d5a91709a4e29ec0c9c9f82242d85f8a510015c5f5bda38b5039a14196378a92d04890a44630

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD		**RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA**					**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL		**E INSUMOS**					**368.598**
2	C270050	Dispositivo de infusión ambulatoria 48 horas ref:C270050-		2	126.220		252.440
3	22412012	Agujas Anguladas Winged Surecan G 20 x 20mm REf:4448340-		2	42.675		85.350
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	174		348
6	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		2	125		250
7	23512007	JERINGA 50 C.C. LUER LOOK- CUMS:DM-23512007		2	552		1.104
MEDICAMENTOS PBS							**916.724**
8	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		4	337		1.348
9	11110007	Dextrosa 5% Solucion Inyectable BOLSA x 500 mL- CUMS:29522-04		2	1.496		2.992
10	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
11	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		12	1.228		14.736
12	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		8	1.339		10.712
13	11110503	Fluorouracilo 500 mg /10 mL Solucion inyectable Vial- CUMS:19905209-01		22	4.603		101.266
14	11110537	Oxaliplatino 100 mg polvo liofilizado FRASCO- CUMS:19993868-01		4	114.679		458.716
15	11110576	Folinato de Calcio polvo esteril para reconstituir vial 50 mg- CUMS:20139379-01		30	10.591		317.730
16	11114026	metocLOPRAmida 10 mg TABLETA- CUMS:19955371-04		30	25		750
17	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		4	1.410		5.640

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 1.626.810
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 32.536
VALOR TOTAL A PAGAR 1.594.274
Total Items: 17
TOTAL: **UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

860090566

RADICADO **83659**

TERCERO: 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

EJECUTIVO DE CUENTA:

Rad Entidad

FECHA DE RADICADO: 26/10/2021 **ESTADO:** Registrado 342201365

DIRECCION: CARRERA 68 B BIS # 44-58

OBSERVACIONES: **CONTRATO:** ONC01 ONCOLOGIA - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

oncologia

Nº	FACTURA	DOCUMENTO	PACIENTE	FEC_FAC	VAL FACTURA	VALRADICADO
1	FE0001238918	51950851	GLORIA DORIS MOYA CARDONA	20/09/2021	$ 17.264,00	$ 17.264,00
2	FE0001240847	19278684	GERMAN VIVAS DAZA	23/09/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
3	FE0001241185	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	24/09/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
4	FE0001241192	1116241706	CAROLINA MUÑOZ ROMERO	24/09/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
5	FE0001245749	14973981	FABIO AROCA	04/10/2021	$ 40.950,00	$ 40.950,00
6	FE0001245752	30966255	CLARA EULALIA VELASQUEZ SANTIAGO	04/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
7	FE0001245753	3115712	LUIS EDUARDO HERREÑO VELASCO	04/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
8	FE0001245754	1070985505	NATALIA DEL CARMEN JIMENEZ CORRALES	04/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
9	FE0001245757	41521127	ALICIA ACUÑA DE FERNANDEZ	04/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
10	FE0001245758	1029998543	MARIA PAZ MOZAMBITE ESPEJO	04/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
11	FE0001246340	23542147	RITA EMPERATRIZ MARTINEZ DE FORERO	05/10/2021	$ 17.264,00	$ 17.264,00
12	FE0001246949	17008685	JORGE ENRIQUE PINEDA	06/10/2021	$ 17.264,00	$ 17.264,00
13	FE0001248724	4096074	ALFREDO VALBUENA SALAS	09/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
14	FE0001248727	19410601	SEGUNDO EMILIO RIVERO GOMEZ	09/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
15	FE0001248728	79328553	WILLIAM ORLANDO QUIMBAY JIMENEZ	09/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
16	FE0001249568	41434309	CELMIRA ELENA ROCHA CABALLERO	11/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
17	FE0001249572	65691656	AMPARO VIDAL POLOQUE	11/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
18	FE0001250738	1123631082	SHARINA ISAMAR VALENCIA	13/10/2021	$ 17.264,00	$ 17.264,00
19	FE0001251092	52092855	ANA RUBIELA SILVA ALFONSO	14/10/2021	$ 17.264,00	$ 17.264,00
20	FE0001251226	51672171	RUBY HERNANDEZ CANO	14/10/2021	$ 17.264,00	$ 17.264,00
21	FE0001251998	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	16/10/2021	$ 7.003.403,00	$ 7.003.403,00
22	FE0001251999	24081197	ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL	16/10/2021	$ 1.332.441,00	$ 1.332.441,00
23	FE0001252030	35495439	MARTHA LUCIA FORERO RODRIGUEZ	16/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
24	FE0001252886	19224047	JORGE ALBERTO TORRES RODRIGUEZ	19/10/2021	$ 1.926.764,00	$ 1.926.764,00
25	FE0001252890	19451320	HECTOR ELI FIGUEROA POVEDA	19/10/2021	$ 5.505.038,00	$ 5.505.038,00
26	FE0001254897	33677592	SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES	22/10/2021	$ 17.264,00	$ 17.264,00

TOTAL RADICADO: **$ 92.999.976,00**

SON NOVENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEGOS[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1238918

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 Sep 2021 6:53 a.m.** **Fec Ingreso:** 09.Sep.2021 16:12 p.m.
Hoja de Trabajo : 204661 **Fec Egreso:** 09.Sep.2021 17:26 p.m.
Autorizacion : 1250502 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132938766 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 82A # 41F 70 SUR
Paciente : 51950851 GLORIA DORIS MOYA CARDONA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 52 AÑOS - 7 MESES - 2 DÍAS
Cufe : c075751cc122c8baf18bf36e9b9423ecfcc83905e62fe44dc4cae70a1091d0c695d36d7d601f8ded6ba41296cab8a228

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17,264**
1	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIAMédico : CZUBIETA - CAMILO ZUBIETA VEGA		1	17,264		17,264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17,264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16,919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
R[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1238918

Rad 83659

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 Sep 2021 6:53 a.m.** **Fec Ingreso:** 09.Sep.2021 16:12 p.m.
Hoja de Trabajo : 204661 **Fec Egreso:** 09.Sep.2021 17:26 p.m.
Autorizacion : 1250502 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132938766 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 82A # 41F 70 SUR
Paciente : 51950851 GLORIA DORIS MOYA CARDONA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 52 AÑOS - 7 MESES - 2 DÍAS
Cufe : c075751cc122c8baf18bf36e9b9423ecfcc83905e62fe44dc4cae70a1091d0c695d36d7d601f8ded6ba41296cab8a228

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17,264**
1	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA Médico : CZUBIETA - CAMILO ZUBIETA VEGA		1	17,264		17,264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17,264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16,919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]IDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1240847

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **23 Sep 2021 14:17 p.m.** **Fec Ingreso:** 02.Jul.2021 8:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 161256 **Fec Egreso:** 02.Jul.2021 9:27 a.m.
Autorizacion : 861078 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3106691637-3158773711 **Carnet :**
Dirección: CL 36G N. 11- C 37
Paciente : 19278684 GERMAN VIVAS DAZA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 9 MESES - 22 DÍAS
Cufe : f67bf9117ec20986651fcfad4bd926fd1b342cdadf8ba938d55060cd3ee577ed8499ebfb0c70bcd4084fe2d24fbd31f6

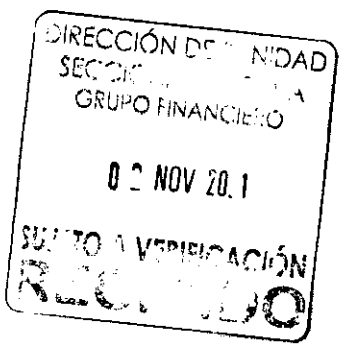
Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1240847

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **23 Sep 2021 14:17 p.m.** **Fec Ingreso:** 02.Jul.2021 8:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 161256 **Fec Egreso:** 02.Jul.2021 9:27 a.m.
Autorizacion : 861078 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3106691637-3158773711 **Carnet :**
Dirección: CL 36G N. 11- C 37
Paciente : 19278684 GERMAN VIVAS DAZA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 9 MESES - 22 DÍAS
Cufe : f67bf9117ec20986651fcfad4bd926fd1b342cdadf8ba938d55060cd3ee577ed8499ebfb0c70bcd4084fe2d24fbd31f6

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]
SECCIONAL [illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]



CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1241185

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **24 Sep 2021 9:0 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Jul.2021 15:15 p.m.
Hoja de Trabajo : 167547 **Fec Egreso:** 13.Jul.2021 16:41 p.m.
Autorizacion : 1021795 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 2 MESES - 20 DÍAS
Cufe : 46081c2245abafd9e904c2c65f864f0103fb6381abd6b3012c92009e5538806f29e79df930cfbcd422dbcffedf2ba350

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1 .	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1241185

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **24 Sep 2021 9:0 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Jul.2021 15:15 p.m.
Hoja de Trabajo : 167547 **Fec Egreso:** 13.Jul.2021 16:41 p.m.
Autorizacion : 1021795 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 2 MESES - 20 DÍAS
Cufe : 46081c2245abafd9e904c2c65f864f0103fb6381abd6b3012c92009e5538806f29e79df930cfbcd422dbcffedf2ba350

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: **1**

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
0 2 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1241192

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **24 Sep 2021 9:6 a.m.** **Fec Ingreso:** 20.Ago.2021 12:55 p.m.
Hoja de Trabajo : 191248 **Fec Egreso:** 20.Ago.2021 13:30 p.m.
Autorizacion : 1209081 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3183290154 **Carnet :**
Dirección: calle 63 #71f -27
Paciente : 1116241706 CAROLINA MUÑOZ ROMERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 33 AÑOS - 0 MESES - 30 DÍAS
Cufe : 856a87e3e9d6116079f5072989a54dc4bb9db63907904314449cd19f0a101aa42443f0c3d82e5cc2e236b5dd24401e30

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1241192

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **24 Sep 2021 9:6 a.m.** **Fec Ingreso:** 20.Ago.2021 12:55 p.m.
Hoja de Trabajo : 191248 **Fec Egreso:** 20.Ago.2021 13:30 p.m.
Autorizacion : 1209081 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3183290154 **Carnet :**
Dirección: calle 63 #71f -27
Paciente : 1116241706 CAROLINA MUÑOZ ROMERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 33 AÑOS - 0 MESES - 30 DÍAS
Cufe : 856a87e3e9d6116079f5072989a54dc4bb9db63907904314449cd19f0a101aa42443f0c3d82e5cc2e236b5dd24401e30

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIE[illegible]O
02 NOV 20[illegible]
[illegible]TO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245749

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 7:43 a.m.** **Fec Ingreso:** 24.Sep.2021 10:27 a.m.
Hoja de Trabajo : 214059 **Fec Egreso:** 24.Sep.2021 10:37 a.m.
Autorizacion : 1407161 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3880123 **Carnet :**
Dirección: calle 6 a # 93 d 67
Paciente : 14973981 FABIO AROCA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 9 MESES - 11 DÍAS
Cufe : eebc748963e9ee96533fd9cf4c5c05b19e15fef5f689d5ba220599801927ae13f81fb16857afed5db21268afc3125070

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**40.950**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		1	8.190		8.190
4	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : JARUGELES - JORGE ANDRES RUGELES MINDIOLA		1	8.190		8.190
5	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : JAESGUERRA - JOSE ALEJANDRO ESGUERRA CANTILLO		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	40.950
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	819
VALOR TOTAL A PAGAR	40.131

Total Items: 5
TOTAL: **CUARENTA MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9,66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245749

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 7:43 a.m.** **Fec Ingreso:** 24.Sep.2021 10:27 a.m.
Hoja de Trabajo : 214059 **Fec Egreso:** 24.Sep.2021 10:37 a.m.
Autorizacion : 1407161 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3880123 **Carnet :**
Dirección: calle 6 a # 93 d 67
Paciente : 14973981 FABIO AROCA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 9 MESES - 11 DÍAS
Cufe : eebc748963e9ee96533fd9cf4c5c05b19e15fef5f689d5ba220599801927ae13f81fb16857afed5db21268afc3125070

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**40.950**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		1	8.190		8.190
4	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : JARUGELES - JORGE ANDRES RUGELES MINDIOLA		1	8.190		8.190
5	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : JAESGUERRA - JOSE ALEJANDRO ESGUERRA CANTILLO		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	40.950
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	819
VALOR TOTAL A PAGAR	40.131

Total Items: 5
TOTAL: **CUARENTA MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245752

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 7:56 a.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 9:15 a.m.
Hoja de Trabajo : 158268 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 11:21 a.m.
Autorizacion : 931882 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132574035-3144633945 **Carnet :**
Dirección: CALLE 129D 103-20
Paciente : 30966255 CLARA EULALIA VELASQUEZ SANTIAGO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 2 MESES - 23 DÍAS
Cufe : 96dec051022be7feccd1dafa71e9f255d11f1fd45b458f96859e55d67b48b0a123eaf4b6af3420c24d121c29e11506e4

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIE[illegible]O
02 NOV 20.1
[illegible] VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Fecha Actual : lunes, 04 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245752

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 7:56 a.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 9:15 a.m.
Hoja de Trabajo : 158268 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 11:21 a.m.
Autorizacion : 931882 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132574035-3144633945 **Carnet :**
Dirección: CALLE 129D 103-20
Paciente : 30966255 CLARA EULALIA VELASQUEZ SANTIAGO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 2 MESES - 23 DÍAS
Cufe : 96dec051022be7feccd1dafa71e9f255d11f1fd45b458f96859e55d67b48b0a123eaf4b6af3420c24d121c29e11506e4

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245753

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:2 a.m.** **Fec Ingreso:** 25.Jun.2021 9:36 a.m.
Hoja de Trabajo : 156902 **Fec Egreso:** 25.Jun.2021 10:56 a.m.
Autorizacion : 1022466 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3173446814-3112963694 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 29 1C-39
Paciente : 3115712 LUIS EDUARDO HERREÑO VELASCO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 74 AÑOS - 4 MESES - 1 DÍAS
Cufe : de00e4139e91ead38d6e338a0274ea581e02eebce8bddc7223a8e3fc9d709fd015087e514c232eccb72210fb2126ad30

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
R[illegible]O

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245753

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:2 a.m.** **Fec Ingreso:** 25.Jun.2021 9:36 a.m.
Hoja de Trabajo : 156902 **Fec Egreso:** 25.Jun.2021 10:56 a.m.
Autorizacion : 1022466 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3173446814-3112963694 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 29 1C-39
Paciente : 3115712 LUIS EDUARDO HERREÑO VELASCO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 74 AÑOS - 4 MESES - 1 DÍAS
Cufe : de00e4139e91ead38d6e338a0274ea581e02eebce8bddc7223a8e3fc9d709fd015087e514c232eccb72210fb2126ad30

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245754

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:5 a.m.** **Fec Ingreso:** 29.Jul.2021 13:56 p.m.
Hoja de Trabajo : 177672 **Fec Egreso:** 29.Jul.2021 14:35 p.m.
Autorizacion : 1086582 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3116633318-3128154496 **Carnet :**
Dirección: tranversal 11 05 b 16 este
Paciente : 1070985505 NATALIA DEL CARMEN JIMENEZ CORRALES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 23 AÑOS - 0 MESES - 13 DÍAS
Cufe : 22a2dda39302fdd5b3918d0f1fd20ddb71a8f3af2f05c91bc4b0b57453c00cccf63a29931dba7fd508cdb966e0273582

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Fecha Actual : lunes, 04 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245754

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:5 a.m.** **Fec Ingreso:** 29.Jul.2021 13:56 p.m.
Hoja de Trabajo : 177672 **Fec Egreso:** 29.Jul.2021 14:35 p.m.
Autorizacion : 1086582 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3116633318-3128154496 **Carnet :**
Dirección: tranversal 11 05 b 16 este
Paciente : 1070985505 NATALIA DEL CARMEN JIMENEZ CORRALES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 23 AÑOS - 0 MESES - 13 DÍAS
Cufe : 22a2dda39302fdd5b3918d0f1fd20ddb71a8f3af2f05c91bc4b0b57453c00cccf63a29931dba7fd508cdb966e0273582

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245757

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:10 a.m.** **Fec Ingreso:** 04.Ago.2021 13:53 p.m.
Hoja de Trabajo : 181596 **Fec Egreso:** 04.Ago.2021 14:50 p.m.
Autorizacion : 1108821 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3108521464-3105607210 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 79C 26 85 SUR
Paciente : 41521127 ALICIA ACUÑA DE FERNANDEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 5 MESES - 14 DÍAS
Cufe : 394352d7a90c93fdd83745166ac8ff1f8bb7f554466e7125f7020d6ad540a16122940ca1c7c4bc96b92ac1f57895b801

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245757

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:10 a.m.** **Fec Ingreso:** 04.Ago.2021 13:53 p.m.
Hoja de Trabajo : 181596 **Fec Egreso:** 04.Ago.2021 14:50 p.m.
Autorizacion : 1108821 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3108521464-3105607210 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 79C 26 85 SUR
Paciente : 41521127 ALICIA ACUÑA DE FERNANDEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 5 MESES - 14 DÍAS
Cufe : 394352d7a90c93fdd83745166ac8ff1f8bb7f554466e7125f7020d6ad540a16122940ca1c7c4bc96b92ac1f57895b801

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245758

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:18 a.m.** **Fec Ingreso:** 05.Ago.2021 9:52 a.m.
Hoja de Trabajo : 182136 **Fec Egreso:** 05.Ago.2021 11:57 a.m.
Autorizacion : 1118307 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3118035072-3138716198 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 8 1-09
Paciente : 1029998543 MARIA PAZ MOZAMBITE ESPEJO
Tipo Doc : Tarjeta_de_Identidad **Edad :** 8 AÑOS - 4 MESES - 23 DÍAS
Cufe : c1ea08c4b456adb50497a8c23692e3dc97871d0f311a81d2d4b4bf4348be7700109d1db9bb1b6c7cf6091e65df566274

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN ...
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

[redacted]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1245758

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 Oct 2021 8:18 a.m.** **Fec Ingreso:** 05.Ago.2021 9:52 a.m.
Hoja de Trabajo : 182136 **Fec Egreso:** 05.Ago.2021 11:57 a.m.
Autorizacion : 1118307 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3118035072-3138716198 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 8 1-09
Paciente : 1029998543 MARIA PAZ MOZAMBITE ESPEJO
Tipo Doc : Tarjeta_de_Identidad **Edad :** 8 AÑOS - 4 MESES - 23 DÍAS
Cufe : c1ea08c4b456adb50497a8c23692e3dc97871d0f311a81d2d4b4bf4348be7700109d1db9bb1b6c7cf6091e65df566274

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1246340

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **5 Oct 2021 7:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 04.Oct.2021 13:59 p.m.
Hoja de Trabajo : 220260 **Fec Egreso:** 04.Oct.2021 15:30 p.m.
Autorizacion : 1314798 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3102857464 **Carnet :**
Dirección: calle147 #9 60 /
Paciente : 23542147 RITA EMPERATRIZ MARTINEZ DE FORERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 79 AÑOS - 10 MESES - 24 DÍAS
Cufe : fdeda53810aed56ab2c348ea6cb73aa97283e5e316e904a4cb5c24adf98651693dae1d6013ac8fad25f2663fa12a736a

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICAMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
0 2 NOV 20_1
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1246340

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

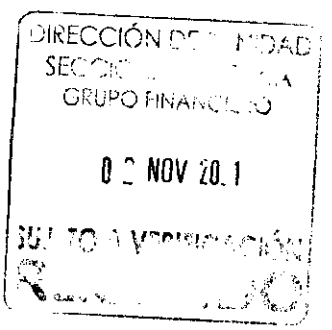
Fecha y Hora de Expedición: **5 Oct 2021 7:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 04.Oct.2021 13:59 p.m.
Hoja de Trabajo : 220260 **Fec Egreso:** 04.Oct.2021 15:30 p.m.
Autorizacion : 1314798 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3102857464 **Carnet :**
Dirección: calle147 #9 60 /
Paciente : 23542147 RITA EMPERATRIZ MARTINEZ DE FORERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 79 AÑOS - 10 MESES - 24 DÍAS
Cufe : fdeda53810aed56ab2c348ea6cb73aa97283e5e316e904a4cb5c24adf98651693dae1d6013ac8fad25f2663fa12a736a

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICAMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1246949

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **6 Oct 2021 9:52 a.m.** **Fec Ingreso:** 05.Oct.2021 13:57 p.m.
Hoja de Trabajo : 221000 **Fec Egreso:** 05.Oct.2021 14:43 p.m.
Autorizacion : 1232402 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3125927019 **Carnet :**
Dirección: CALLE 6 # 8 - 02
Paciente : 17008685 JORGE ENRIQUE PINEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 82 AÑOS - 7 MESES - 27 DÍAS
Cufe : b2682c8b40f0b4236e6ca73a435fa50fdaafd033bd19985cf438a4912e9ee76ee61c9f46efb9c184d2c3fab200581a59

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICAMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9,66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1246949

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **6 Oct 2021 9:52 a.m.** **Fec Ingreso:** 05.Oct.2021 13:57 p.m.
Hoja de Trabajo : 221000 **Fec Egreso:** 05.Oct.2021 14:43 p.m.
Autorizacion : 1232402 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3125927019 **Carnet :**
Dirección: CALLE 6 # 8 - 02
Paciente : 17008685 JORGE ENRIQUE PINEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 82 AÑOS - 7 MESES - 27 DÍAS
Cufe : b2682c8b40f0b4236e6ca73a435fa50fdaafd033bd19985cf438a4912e9ee76ee61c9f46efb9c184d2c3fab200581a59

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICAMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248724

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 14:29 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Jul.2021 13:22 p.m.
Hoja de Trabajo : 168876 **Fec Egreso:** 15.Jul.2021 14:58 p.m.
Autorizacion : 1022125 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3209341543-3219296354 **Carnet :**
Dirección: CALLE 128D 91A-34
Paciente : 4096074 ALFREDO VALBUENA SALAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 71 AÑOS - 1 MESES - 5 DÍAS
Cufe : ebcbf097cd1b4268b8b6ceb0a75c75e2591a342a4d8de655fc150f3189342b31c0e95bcfaa89e5c08d09a896968612c3

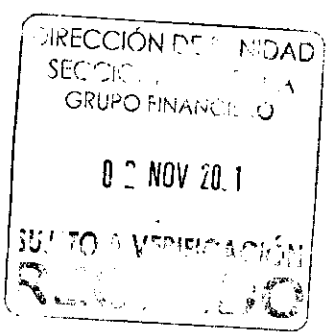
Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

[redacted] Cuota

a Actual : sábado, 09 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS

Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601

Nit : 860090566

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248724

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 14:29 p.m.**
Fec Ingreso: 15.Jul.2021 13:22 p.m.
Fec Egreso: 15.Jul.2021 14:58 p.m.
Hoja de Trabajo : 168876
Autorizacion : 1022125 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3209341543-3219296354 **Carnet :**
Dirección: CALLE 128D 91A-34
Paciente : 4096074 ALFREDO VALBUENA SALAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 71 AÑOS - 1 MESES - 5 DÍAS
Cufe : ebcbf097cd1b4268b8b6ceb0a75c75e2591a342a4d8de655fc150f3189342b31c0e95bcfaa89e5c08d09a896968612c3

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]



Fecha Actual : sábado, 09 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS

Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601

Nit : 860090566

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248727

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 14:32 p.m.**
Fec Ingreso: 13.Ago.2021 13:46 p.m.
Fec Egreso: 13.Ago.2021 14:22 p.m.
Hoja de Trabajo : 187400
Autorizacion : 1163381
Tipo : Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV
Sexo : Masculino
Teléfono : 3212071325-2054284
Carnet :
Dirección: calle 48 d # 07-05
Paciente : 19410601 SEGUNDO EMILIO RIVERO GOMEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 5 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 2199f3f76b51760e4b3340fe3328e230ab1744f18129c9a055aedfdd812cfe798f994f598a4642721b8324a90ec00f73

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9,66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

[redacted]

Fecha Actual : sábado, 09 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS

Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601

Nit : 860090566

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248727

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 14:32 p.m.**
Fec Ingreso: 13.Ago.2021 13:46 p.m.
Fec Egreso: 13.Ago.2021 14:22 p.m.
Hoja de Trabajo : 187400
Autorizacion : 1163381 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3212071325-2054284 **Carnet :**
Dirección: calle 48 d # 07-05
Paciente : 19410601 SEGUNDO EMILIO RIVERO GOMEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 5 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 2199f3f76b51760e4b3340fe3328e230ab1744f18129c9a055aedfdd812cfe798f994f598a4642721b8324a90ec00f73

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
0 2 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
R[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248728

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 14:36 p.m.** **Fec Ingreso:** 08.Sep.2021 9:26 a.m.
Hoja de Trabajo : 203435 **Fec Egreso:** 08.Sep.2021 11:9 a.m.
Autorizacion : 1308565 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3142607779-3114519066 **Carnet :**
Dirección: calle 36 bis # 3 a 56 sur
Paciente : 79328553 WILLIAM ORLANDO QUIMBAY JIMENEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 56 AÑOS - 10 MESES - 26 DÍAS
Cufe : 2eab08ebced0f8aa0cc058a5828ea34ff76aca687725938f226e227647bcb56689b61bf18cf3a755490caf787135bdc1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
R[illegible]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1248728

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **9 Oct 2021 14:36 p.m.**
Fec Ingreso: 08.Sep.2021 9:26 a.m.
Fec Egreso: 08.Sep.2021 11:9 a.m.
Hoja de Trabajo : 203435
Autorizacion : 1308565 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3142607779-3114519066 **Carnet :**
Dirección: calle 36 bis # 3 a 56 sur
Paciente : 79328553 WILLIAM ORLANDO QUIMBAY JIMENEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 56 AÑOS - 10 MESES - 26 DÍAS
Cufe : 2eab08ebced0f8aa0cc058a5828ea34ff76aca687725938f226e227647bcb56689b61bf18cf3a755490caf787135bdc1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1
TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1249568

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **11 Oct 2021 15:45 p.m.** **Fec Ingreso:** 25.Ago.2021 14:47 p.m.
Hoja de Trabajo : 194516 **Fec Egreso:** 25.Ago.2021 15:26 p.m.
Autorizacion : 1222177 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3118669018-3125073314 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 4TA # 08-32
Paciente : 41434309 CELMIRA ELENA ROCHA CABALLERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 72 AÑOS - 10 MESES - 9 DÍAS
Cufe : 2b631c36efb601ca5d637940036509afc1a58d3d021cdf286206a7abbb9656fb8e07389cc288c3bffee05cd0a1872509

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL GRUPO FINANCIERO 02 NOV 2021 SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

(Cont.)

Fecha Actual : lunes, 11 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1249568

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **11 Oct 2021 15:45 p.m.**
Hoja de Trabajo : 194516
Autorizacion : 1222177
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV
Teléfono : 3118669018-3125073314
Dirección: CARRERA 4TA # 08-32

Fec Ingreso: 25.Ago.2021 14:47 p.m.
Fec Egreso: 25.Ago.2021 15:26 p.m.
Tipo : Contributivo
Sexo : Femenino
Carnet :

Paciente : 41434309 CELMIRA ELENA ROCHA CABALLERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 72 AÑOS - 10 MESES - 9 DÍAS
Cufe : 2b631c36efb601ca5d637940036509afc1a58d3d021cdf286206a7abbb9656fb8e07389cc288c3bffee05cd0a1872509

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1
TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]
SECCIO[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]
02 NOV 20[illegible]
[illegible] VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1249572

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **11 Oct 2021 15:48 p.m.** **Fec Ingreso:** 05.Ago.2021 10:19 a.m.
Fec Egreso: 05.Ago.2021 12:3 p.m.
Hoja de Trabajo : 182182
Autorizacion : 1118295 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3208239056-3209968117 **Carnet :**
Dirección: TRANSVERSAL 78 M BIS # 41-82 SUR
Paciente : 65691656 AMPARO VIDAL POLOQUE
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 11 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 2fa956998209d8b9e58b86415f099c9658c366486dd2d7d9e9cbbbb4f972a2bf7f039efb12bffc279e7f2d23a1c0cfe9

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1249572

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **11 Oct 2021 15:48 p.m.** **Fec Ingreso:** 05.Ago.2021 10:19 a.m.
Hoja de Trabajo : 182182 **Fec Egreso:** 05.Ago.2021 12:3 p.m.
Autorizacion : 1118295 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3208239056-3209968117 **Carnet :**
Dirección: TRANSVERSAL 78 M BIS # 41-82 SUR
Paciente : 65691656 AMPARO VIDAL POLOQUE
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 11 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 2fa956998209d8b9e58b86415f099c9658c366486dd2d7d9e9cbbbb4f972a2bf7f039efb12bffc279e7f2d23a1c0cfe9

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]O
02 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
R[illegible]O

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1250738

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **13 Oct 2021 16:20 p.m.** **Fec Ingreso:** 12.Oct.2021 7:37 a.m.
Fec Egreso: 12.Oct.2021 8:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 225328
Autorizacion : 1230202 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3186222947-3165250630 **Carnet :**
Dirección: SAN ANDRES.
Paciente : 1123631082 SHARINA ISAMAR VALENCIA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 27 AÑOS - 10 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 0603886ae9d9b537e5ac50cfd6a559cab02c643e33edc4a40274bbef8e2b236856385544e67d36ffd9905537a1bef8b2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIAMédico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE ... NIDAD
SEC...
GRUPO FINANCIE...
02 NOV 20..
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

[redacted]tual : miércoles, 13 octubre 202 **Usuario Factura :** EROJAS Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1250738

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **13 Oct 2021 16:20 p.m.** **Fec Ingreso:** 12.Oct.2021 7:37 a.m.
Fec Egreso: 12.Oct.2021 8:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 225328
Autorizacion : 1230202 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3186222947-3165250630 **Carnet :**
Dirección: SAN ANDRES.
Paciente : 1123631082 SHARINA ISAMAR VALENCIA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 27 AÑOS - 10 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 0603886ae9d9b537e5ac50cfd6a559cab02c643e33edc4a40274bbef8e2b236856385544e67d36ffd9905537a1bef8b2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIAMédico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251092

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **14 Oct 2021 12:29 p.m.** **Fec Ingreso:** 04.Oct.2021 15:2 p.m.
Hoja de Trabajo : 220305 **Fec Egreso:** 04.Oct.2021 15:54 p.m.
Autorizacion : 1383161 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3208138257 **Carnet :**
Dirección: CL 13 43 MZ 4
Paciente : 52092855 ANA RUBIELA SILVA ALFONSO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 56 AÑOS - 11 MESES - 25 DÍAS
Cufe : 3e19b7ed01532c730f522a1503d305004dc1e8faff33940d045da497075061b3b4124c3d649c8a5fc433c59187ac72a4

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICAMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251092

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **14 Oct 2021 12:29 p.m.** **Fec Ingreso:** 04.Oct.2021 15:2 p.m.
Hoja de Trabajo : 220305 **Fec Egreso:** 04.Oct.2021 15:54 p.m.
Autorizacion : 1383161 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3208138257 **Carnet :**
Dirección: CL 13 43 MZ 4
Paciente : 52092855 ANA RUBIELA SILVA ALFONSO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 56 AÑOS - 11 MESES - 25 DÍAS
Cufe : 3e19b7ed01532c730f522a1503d305004dc1e8faff33940d045da497075061b3b4124c3d649c8a5fc433c59187ac72a4

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICAMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: **1**
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251226

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **14 Oct 2021 15:59 p.m.** **Fec Ingreso:** 29.Sep.2021 6:59 a.m.
Hoja de Trabajo : 216859 **Fec Egreso:** 29.Sep.2021 7:40 a.m.
Autorizacion : 1399828 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3202641360 **Carnet :**
Dirección: CALLE 151 B # 102 B 90
Paciente : 51672171 RUBY HERNANDEZ CANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 0 MESES - 19 DÍAS
Cufe : 04a21599a5c946e5d9097f3e1c627dfb4d63922f584dc1f4c9084db390482c07cc1ad6b3c78c94ff29ddd73536aaac94

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLOMédico : MAPACHECO - MAIKEL ADOLFO PACHECO TRUJILLO		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251226

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **14 Oct 2021 15:59 p.m.** **Fec Ingreso:** 29.Sep.2021 6:59 a.m.
Hoja de Trabajo : 216859 **Fec Egreso:** 29.Sep.2021 7:40 a.m.
Autorizacion : 1399828 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3202641360 **Carnet :**
Dirección: CALLE 151 B # 102 B 90
Paciente : 51672171 RUBY HERNANDEZ CANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 0 MESES - 19 DÍAS
Cufe : 04a21599a5c946e5d9097f3e1c627dfb4d63922f584dc1f4c9084db390482c07cc1ad6b3c78c94ff29ddd73536aaac94

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLOMédico : MAPACHECO - MAIKEL ADOLFO PACHECO TRUJILLO		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]O
02 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Fecha Actual : sábado, 16 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS

Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251998

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **16 Oct 2021 10:48 a.m.** **Fec Ingreso:** 16.Sep.2021 13:59 p.m.
Hoja de Trabajo : 209054 **Fec Egreso:** 16.Sep.2021 13:59 p.m.
Autorizacion : 1335366
Estrato : GENERAL **Tipo :** Otro
Teléfono : 3176958903 **Sexo :** Femenino
Dirección: LETICIA AMAZONAS **Carnet :**
Paciente : 40783707 ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 44 AÑOS - 2 MESES - 19 DÍAS
Cufe : 036351342c06ac6cf95c4cccf9bb52dd3bb95ef6f9a7fd28cac37c159d785b53e2b63189887b43edf9ee3881d7e6c319

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		**341.488**
							341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							
2	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA					**31.021**
3	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	551		551
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	1.016		1.016
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	14.553		29.106
MEDICAMENTOS PBS				2	174		348
6	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		**6.630.894**
7	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		4	1.417		674
8	11110510	Docetaxel 80mg/2mL solucion inyectable Vial- CUMS:20007286 -01		2	624.519		5.668
9	11110521	Trastuzumab 440 mg polvo liofilizado para infusion Vial- CUMS:19903070-01		1	5.372.694		1.249.038
10	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		5.372.694
							2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 7.003.403
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 140.068
VALOR TOTAL A PAGAR 6.863.335
Total Items: **10**

TOTAL: **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL [illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
PASO 1 VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251998

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **16 Oct 2021 10:48 a.m.** **Fec Ingreso:** 16.Sep.2021 13:59 p.m.
Hoja de Trabajo : 209054 **Fec Egreso:** 16.Sep.2021 13:59 p.m.
Autorizacion : 1335366 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3176958903 **Carnet :**
Dirección: LETICIA AMAZONAS
Paciente : 40783707 ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 44 AÑOS - 2 MESES - 19 DÍAS
Cufe : 036351342c06ac6cf95c4cccf9bb52dd3bb95ef6f9a7fd28cac37c159d785b53e2b63189887b43edf9ee3881d7e6c319

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**31.021**
2	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
3	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	174		348
MEDICAMENTOS PBS							**6.630.894**
6	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
7	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		4	1.417		5.668
8	11110510	Docetaxel 80mg/2mL solucion inyectable Vial- CUMS:20007286 -01		2	624.519		1.249.038
9	11110521	Trastuzumab 440 mg polvo liofilizado para infusion Vial- CUMS:19903070-01		1	5.372.694		5.372.694
10	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	7.003.403
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	140.068
VALOR TOTAL A PAGAR	6.863.335

Total Items: **10**

TOTAL: **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN ...
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251999

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **16 Oct 2021 10:49 a.m.** **Fec Ingreso:** 16.Sep.2021 13:25 p.m.
Hoja de Trabajo : 209032 **Fec Egreso:** 16.Sep.2021 13:25 p.m.
Autorizacion : 1375535 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115140239-3132137957 **Carnet :**
Dirección: SOATA
Paciente : 24081197 ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 43 AÑOS - 0 MESES - 18 DÍAS
Cufe : 11d1984330777d07efc8cd1553f6e55b3f70524692126f03d0a1c6714d4480d1ce2c6319673796ce668d9a8f9428af9a

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**31.021**
2	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
3	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	174		348
MEDICAMENTOS PBS							**959.932**
6	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
7	11110007	Dextrosa 5% Solucion Inyectable BOLSA x 500 mL- CUMS:29522-04		2	1.496		2.992
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		1	1.417		1.417
9	11110537	Oxaliplatino 100 mg polvo liofilizado FRASCO- CUMS:19993868-01		3	114.679		344.037
10	11110551	Capecitabina 500 mg Tabletas- CUMS:229745-01		98	6.204		607.992
11	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	1.332.441
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	26.649
VALOR TOTAL A PAGAR	1.305.792

Total Items: 11

TOTAL: **UN MILLON TRESCIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]O
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1251999

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **16 Oct 2021 10:49 a.m.** **Fec Ingreso:** 16.Sep.2021 13:25 p.m.
Hoja de Trabajo : 209032 **Fec Egreso:** 16.Sep.2021 13:25 p.m.
Autorizacion : 1375535 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115140239-3132137957 **Carnet :**
Dirección: SOATA
Paciente : 24081197 ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 43 AÑOS - 0 MESES - 18 DÍAS
Cufe : 11d1984330777d07efc8cd1553f6e55b3f70524692126f03d0a1c6714d4480d1ce2c6319673796ce668d9a8f9428af9a

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**31.021**
2	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
3	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	174		348
MEDICAMENTOS PBS							**959.932**
6	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
7	11110007	Dextrosa 5% Solucion Inyectable BOLSA x 500 mL- CUMS:29522-04		2	1.496		2.992
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		1	1.417		1.417
9	11110537	Oxaliplatino 100 mg polvo liofilizado FRASCO- CUMS:19993868-01		3	114.679		344.037
10	11110551	Capecitabina 500 mg Tabletas- CUMS:229745-01		98	6.204		607.992
11	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	1.332.441
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	26.649
VALOR TOTAL A PAGAR	1.305.792

Total Items: 11

TOTAL: **UN MILLON TRESCIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIE[illegible]O
02 NOV 2021
PASO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1252030

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **16 Oct 2021 11:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Jul.2021 7:7 a.m.
Hoja de Trabajo : 167743 **Fec Egreso:** 14.Jul.2021 8:26 a.m.
Autorizacion : 1086323 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132905697 **Carnet :**
Dirección: CALLE 138 BIS 127C-59
Paciente : 35495439 MARTHA LUCIA FORERO RODRIGUEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 3 MESES - 10 DÍAS
Cufe : 5586877c5e28e0e4ed175b980dde8bc8eb73be12d8ac430e67713c043319a836605db4fb7555fa4b0cdf2cb1f2502148

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1252030

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **16 Oct 2021 11:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Jul.2021 7:7 a.m.
Hoja de Trabajo : 167743 **Fec Egreso:** 14.Jul.2021 8:26 a.m.
Autorizacion : 1086323 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132905697 **Carnet :**
Dirección: CALLE 138 BIS 127C-59
Paciente : 35495439 MARTHA LUCIA FORERO RODRIGUEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 3 MESES - 10 DÍAS
Cufe : 5586877c5e28e0e4ed175b980dde8bc8eb73be12d8ac430e67713c043319a836605db4fb7555fa4b0cdf2cb1f2502148

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]A
GRUPO FINANCIE[illegible]O
02 NOV 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
R[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1252886

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **19 Oct 2021 10:43 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Sep.2021 7:43 a.m.
Hoja de Trabajo : 207118 **Fec Egreso:** 14.Sep.2021 9:0 a.m.
Autorizacion : 1367662 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3102666779 **Carnet :**
Dirección: PEDIR DATOS
Paciente : 19224047 JORGE ALBERTO TORRES RODRIGUEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 11 MESES - 10 DÍAS
Cufe : fe793a8aaf228e83036e2b915e06e84a5da1f9b625357f3cb1623ab8d495aafdc8bbe0df85cd433b8f6115fe84d1be68

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**1.926.764**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	1.926.764		1.926.764

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	1.926.764
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	38.535
VALOR TOTAL A PAGAR	1.888.229

Total Items: 1

TOTAL: **UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Fecha Actual : martes, 19 octubre 2021 **Usuario Factura :** EROJAS Usuario Imprime. :EROJAS

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1252886

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **19 Oct 2021 10:43 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Sep.2021 7:43 a.m.
Hoja de Trabajo : 207118 **Fec Egreso:** 14.Sep.2021 9:0 a.m.
Autorizacion : 1367662 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3102666779 **Carnet :**
Dirección: PEDIR DATOS
Paciente : 19224047 JORGE ALBERTO TORRES RODRIGUEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 11 MESES - 10 DÍAS
Cufe : fe793a8aaf228e83036e2b915e06e84a5da1f9b625357f3cb1623ab8d495aafdc8bbe0df85cd433b8f6115fe84d1be68

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**1.926.764**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	1.926.764		1.926.764

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	1.926.764
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	38.535
VALOR TOTAL A PAGAR	1.888.229

Total Items: 1
TOTAL: **UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SEC[illegible]A
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
[illegible]

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1252890

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **19 Oct 2021 10:46 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Sep.2021 14:8 p.m.
Hoja de Trabajo : 207554 **Fec Egreso:** 14.Sep.2021 14:35 p.m.
Autorizacion : 1367687 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3508598670 **Carnet :**
Dirección: CALLE 76BIS A SUR 14-13 INTERIOR 2
Paciente : 19451320 HECTOR ELI FIGUEROA POVEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 1 MESES - 21 DÍAS
Cufe : 8678b67a9dc156c570a0bfc8d1e921062889990faa46d8fe9f73aca96304e8c9950de40d384da2a3bf8e0986d501752d

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1252890

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **19 Oct 2021 10:46 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Sep.2021 14:8 p.m.
Hoja de Trabajo : 207554 **Fec Egreso:** 14.Sep.2021 14:35 p.m.
Autorizacion : 1367687 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3508598670 **Carnet :**
Dirección: CALLE 76BIS A SUR 14-13 INTERIOR 2
Paciente : 19451320 HECTOR ELI FIGUEROA POVEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 1 MESES - 21 DÍAS
Cufe : 8678b67a9dc156c570a0bfc8d1e921062889990faa46d8fe9f73aca96304e8c9950de40d384da2a3bf8e0986d501752d

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9,66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1254897

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **22 Oct 2021 17:42 p.m.** **Fec Ingreso:** 20.Oct.2021 7:16 a.m.
Hoja de Trabajo : 230017 **Fec Egreso:** 20.Oct.2021 8:2 a.m.
Autorizacion : 1359608 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103412205 **Carnet :**
Dirección: NO SE TIENE INFORMACION
Paciente : 33677592 SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 37 AÑOS - 10 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 66a16e6cbd352fcbdecbdeec107e547a8c26f1aee767d73df6f9e3ff47573ea4d5d6914dad2bcd79f9f6189d45240e22

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVAMédico : AMNEIRA - ANDRES MAURICIO NEIRA GRAJALES		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIO[illegible]
GRUPO FINANCIERO
0 2 NOV 20[illegible]
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1254897

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **22 Oct 2021 17:42 p.m.** **Fec Ingreso:** 20.Oct.2021 7:16 a.m.
Fec Egreso: 20.Oct.2021 8:2 a.m.
Hoja de Trabajo : 230017
Autorizacion : 1359608 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103412205 **Carnet :**
Dirección: NO SE TIENE INFORMACION
Paciente : 33677592 SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 37 AÑOS - 10 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 66a16e6cbd352fcbdecbdeec107e547a8c26f1aee767d73df6f9e3ff47573ea4d5d6914dad2bcd79f9f6189d45240e22

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVAMédico : AMNEIRA - ANDRES MAURICIO NEIRA GRAJALES		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIÓ[illegible]
GRUPO FINANCIERO
02 NOV 2021
PASO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

No.11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SALUD Nª 1
GS-2021-013104-REGI1

01 de Noviembre 2021

Teniente Coronel ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nª 1
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-20164-20**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _x_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/10/2021**	**Hasta**	**30/10/2021**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante acto administrativo N. _____ talento, el señor Coronel MAURICIO ALEXANDER PIÑEROS CORTES, obrando en calidad de (Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nª 1), nombró como supervisor del contrato del asunto al señor (a) DR OSCAR ARBEY MEDINA LEAL Coordinador Médico Grupo Red Integral de Servicios en Salud Nª 1.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 11**

1. Informe de supervisión del mes Diciembre comprendido entre el 30 Diciembre 2020.
2. Informe de supervisión del mes Enero comprendido entre el 01 al 30 de enero 2021.
3. Informe de supervisión del mes Febrero comprendido entre el 01 al 28 de Febrero 2021.
4. Informe de supervisión del mes Marzo comprendido entre el 01 al 30 de Marzo 2021

5. Informe de supervisión del mes Abril comprendido entre el 01 al 30 de Abril presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 004361-REGI1 del 25/05/2021.

6. Informe de supervisión del mes Mayo comprendido entre el 01 al 30 de Mayo presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 004950-REGI1 del 09 /06/2021.

7. Informe de supervisión del mes Junio comprendido entre el 01 al 30 de Junio presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 006172 - REGI1 del 01/07 /2021.

8. Informe de supervisión del mes Julio comprendido entre el 01 al 30 de Julio presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 007816- REGI1 del 01 / 08 / 21.

9. Informe de supervisión del mes Agosto comprendido entre el 01 al 30 de Agosto presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 009600 - REGI1 del 01 / 09 / 21.

10. Informe de supervisión del mes Septiembre comprendido entre el 01 al 30 de Septiembre presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 011336 - REGI1 del 01 / 10 / 21.

11. Informe de supervisión del mes Octubre comprendido entre el 01 al 30 de Octubre presentado mediante comunicación oficial No GS-2021-013104 - REGI1 del 01 / 11 / 21.

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20164-20
Objeto del Contrato	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPÍA PARA LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PERTENECEN A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1.
Contratista	CLINICA DEL OCCIDENTE SA
Representante legal	Edgar Alirio Ruiz Luengas
Valor inicial del contrato	Valor Inicial $1.500.000.000,00
Valor adiciones del contrato	00
Valor total del contrato	Valor total: $1.500.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	10 meses
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	30 DE DICIEMBRE DE 2020
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30 DE OCTUBRE DE 2021
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Adiciones	NO APLICA
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	NO APLICA
Otros	NO APLICA

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO.

1.1 Acciones adelantadas:

Se realiza reunión de supervisión del contrato los 5 primeros días de cada mes donde se evalúan los siguientes aspectos:

1. Indicadores de oportunidad continuidad y efectividad del contratista en la atención de cada uno de los usuarios de subsistema de salud de la policía nacional.
2. Revisión de los caos especiales que se presentan en el mes de ejecución del contrato
3. Revisión documental de la oferta de servicios comparada con la demanda insatisfecha.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

El contratista (CLINICA DEL OCCIDENTE SA) cumplió la ejecución del contrato y con sus obligaciones.

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
EL CONTRATISTA debe cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	(SI)	NO APLICA
Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, EL CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	(SI)	NO APLICA

EL CONTRATISTA debe mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA debe guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA no debe acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezcan.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA debe disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados	(SI)	NO APLICA
El servicio será prestado en las instalaciones del CONTRATISTA en la ciudad de Bogotá y Boyacá de manera continua, de domingo a domingo, de igual manera se dará atención inmediata y prioritaria para cualquier procedimiento de urgencia vital sin importar hora diurna o nocturna los siete días de la semana.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios ofertados al usuario después de verificar la presentación de los siguientes documentos: la orden médica,	(SI)	NO APLICA

documento de identificación del paciente, carné de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional y la Orden de Servicio Externo generada por la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.		
El CONTRATISTA deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar de la junta de casos especiales con el número de especialistas necesarios según la patología.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar en la reunión de revisión de delimitaciones de volúmenes y planeaciones por especialistas entrenados en nuevas tecnologías autorizadas.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar en la revisión de imágenes de verificación de inicios de tratamientos con correcciones, si se amerita, de acuerdo a solicitud del servicio de oncología del Hospital central	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a garantizar la Prestación del Servicio de Radioterapia, quimioterapia y procedimientos de origen oncológicos, incluso en el caso que tenga su capacidad instalada copada o se requiera tecnología superior a la que dispone sus instalaciones	(SI)	NO APLICA
En el caso que se requiera un procedimiento que no esté contemplado dentro de la oferta inicial y el contratista se encuentre en la capacidad de realizarlo, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional, y cancelado tomando como referencia la tarifa pactada, previo concepto del supervisor y solicitud de modificación del contrato.	(SI)	NO APLICA
En los procedimientos de Braquiterapia de baja tasa, intracavitaria o intraluminal, la tarifa incluye la colocación y control de la	(SI)	NO APLICA

fuente radioactiva, cualquiera sea el tipo de tratamiento practicado (broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, ginecológico, etc.).		
El CONTRATISTA que resulte adjudicatario no podrá en ningún caso repetir los estudios para-clínicos realizados en la fase de diagnóstico por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, los cuales acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá garantizar la prestación del servicio en forma continua a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a notificar al supervisor del contrato de forma inmediata los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1; el costo de los eventos adversos serán asumidas por el CONTRATISTA.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a que el manejo del paciente debe comprender las complicaciones presentadas durante los procedimientos y hasta el mes siguiente al mismo, comprende el manejo médico y terapéutico oncológico.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter	(SI)	NO APLICA

sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres, para facilitar la espera de los usuarios y sus acompañantes antes, durante y después de los procedimientos se requiere que la entidad cuente con una sala de espera que ofrezca comodidades básicas especialmente adaptadas para tal fin		
El CONTRATISTA se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y se firme el consentimiento medico informado.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete en todos los casos, una vez atendido el usuario, a enviar una contrarreferencia del tratamiento realizado una vez finalizado, dirigido al Jefe de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, que incluya un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio del tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a enviar mensualmente al Jefe del Grupo de Servicios Asistenciales (supervisor del contrato) informe de la ejecución del	(SI)	NO APLICA

contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados		
El CONTRATISTA se compromete a entregar al jefe del Grupo de Servicios Asistenciales los guías de Manejo de las siguientes Patologías así: Cáncer de Seno, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Próstata, Cáncer de Piel, Cáncer Gástrico, Linfoma, Metástasis Óseas, Metástasis Nerviosas.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá garantizar la sostenibilidad de los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá enviar los cinco (05) primeros días de cada mes el cumplimiento de reporte a los entes de vigilancia y control, Indicadores de calidad, eventos adversos, reportes de tecno vigilancia y reactivo vigilancia, de conformidad con la normatividad vigente en cada caso	(SI)	NO APLICA
La asignación de las citas para especialidades, subespecialidades, procedimientos diagnósticos y procedimientos oncológicos se realizará con la autorización expedida en Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la prestación del servicio de salud.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de	(SI)	NO APLICA

Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.		
El CONTRATISTA brindará atención médica con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA designará un par medico competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco días hábiles del mes siguiente en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA

El CONTRATISTA se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA
Una vez agotado el contrato, El CONTRATISTA no continuará prestando los servicios a cargo del objeto del mismo.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, horarios de atención y programación de procedimientos, medicamentos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios recibidos, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 del Ministerio de la Protección Social que define los RIPS.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a disponer de un sistema de información sistematizado de las historias clínicas que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la codificación establecida y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos para la presentación de la cuenta de cobro.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la Historia Clínica de los pacientes.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, la cual se le debe dar a conocer a los usuarios que sean remitidos, el horario de atención telefónica debe ser de 07:00 a 17:00 horas en jornada continua de lunes a viernes por el tiempo que dure el contrato.	(SI)	NO APLICA
CONDICIONES DEL SERVICIO FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS: El Subsistema	(SI)	NO APLICA

de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tiene como carta rectora en materia de medicamentos, el acuerdo No 052 de 2013 en el cual se dio a conocer el Manual de medicamentos y terapéutica para el subsistema. Documento que debe ser conocido por los prestadores de servicios de salud interesados en este proceso de contratación, con el fin de que las futuras prescripciones a realizar a los afiliados y beneficiarios se hagan basadas en dicho manual.		
CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No 006 del 23 de agosto de 2017, la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula lo siguiente: Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio: a) Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento. b) Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).	(SI)	NO APLICA
Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo	(SI)	NO APLICA

5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.		
Los servicios pactados y prestados y que no se encuentren estipulados en el acuerdo No. 256 DE 2001 POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS" DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL "EPS-ISS", serán cancelados a tarifa institucional sin intermediación o a factura de compra cuya intermediación no podrá ser superior al 10%.	(SI)	NO APLICA
El contratista deberá entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE).	(SI)	NO APLICA
El **CONTRATISTA** deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015Libro II Titulo VI Capítulo VI "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".	(SI)	NO APLICA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS		CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)			
1	Ayudas Diagnósticas y Terapéuticas: radiología, quimioterapia – hospital día, rehabilitación, servicio transfusional, imágenes diagnósticas, medicina nuclear, patología, laboratorio clínico, laboratorio de genética, laboratorio de hematología especializada.	(SI)	NO APLICA
2	Consulta e inter consulta ambulatoria especializada de oncología y hemato-oncologia y procedimientos terapéuticos de las especialidades originadas en la consulta y en las interconsultas BOGOTÁ.	(SI)	NO APLICA
3	Practica integral de tratamientos oncológicos y hemato-oncologicos de radioterapia y tele terapia: Cobalto, Acelerador lineal; Braquiterapia: alta tasa, baja tasa.	(SI)	NO APLICA
4	Quimioterapia: Monoquimioterapia y poliquimioterapia, hospital día. Bogotá	(SI)	NO APLICA
5	Consulta de Oncología y Radioncología en la ciudad de TUNJA – BOYACA en las instalaciones de la Clínica de la Policía de Tunja	(SI)	NO APLICA

6	Quimioterapia: Monoquimioterapia y poliquimioterapia, hospital día. BOYACA – TUNJA en las instalaciones de la Clínica de la Policía de Tunja	(SI)	NO APLICA
7	Manejo integral ambulatorio y/o intra-hospitalario, para la práctica de procedimientos y en general diagnósticos y tratamientos oncológicos.	(SI)	NO APLICA
		(SI)	NO APLICA
8	Cirugía oncológica de todos los niveles de complejidad y con tecnología de punta.	(SI)	NO APLICA
9	Cirugía mínimamente invasiva para manejo de cáncer en todas las especialidades.	(SI)	NO APLICA
10	Consulta de cuidados paliativos.	(SI)	NO APLICA
11	Programas de rehabilitación integral oncológica.		
12	Todos los servicios de salud referente a Oncología incluidos en el portafolio de servicios ofertado con sujeción al Acuerdo No. 256 DE 2.001.	(SI)	NO APLICA
	CONDICIONES ESPECIFICAS		
1	**REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**. En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015, el oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990.	(SI)	NO APLICA
2	El oferente con su oferta deberá anexar licencia de manejo de material radioactivo vigente, expedido por la autoridad reguladora nuclear (Ministerio de Minas y Energía) entidad destinada para tal fin.	(SI)	NO APLICA
3	El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación para la ciudad de Bogotá.	(SI)	NO APLICA
3.1	El Oferente garantizara que cuenta con los equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación dentro de las instalaciones de la Clínica de la Policía Nacional de Tunja.	(SI)	NO APLICA
4	El oferente debe anexar con su propuesta el **Certificado de Habilitación** expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales para los servicios ofertados.	(SI)	NO APLICA
5	El oferente debe anexar con su propuesta Los **Indicadores de calidad en la prestación de servicios**, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	(SI)	NO APLICA
6	El oferente debe anexar con su propuesta, **certificación de soporte de suficiencia** firmado por el representante legal a partir de su capacidad Instalada para prestar los servicios a contratar, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.	(SI)	NO APLICA
7	El oferente debe anexar con su propuesta **Portafolio de servicios** de salud actualizado.	(SI)	NO APLICA
8	Anexar **instructivo o protocolo para la referencia** de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen las 24 horas y	(SI)	NO APLICA

	garanticen la oportunidad de respuesta inmediata con un máximo de 2 horas.	(SI)	NO APLICA
9	**(GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD),** mediante certificación firmada por el Representante Legal de la IPS debe constar la existencia y disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios.	(SI)	NO APLICA
10	El oferente con su oferta deberá anexar **licencia de funcionamiento** de los equipos con los cuales realizara la prestación del servicio.	(SI)	NO APLICA
11	**EQUIPOS: El CONTRATISTA** deberá contar con los equipos acordes al nivel de complejidad, para la realización de los procedimientos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y patología requeridas para cumplir con el objeto del contrato.	(SI)	NO APLICA
12	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.	(SI)	NO APLICA
13	El oferente se compromete a asumir como su responsabilidad cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales.	(SI)	NO APLICA
14	Mantener vigente la póliza de responsabilidad civil médica profesional que ampare los riesgos en el ejercicio de la actividad profesional.	(SI)	NO APLICA
15	**Oportunidad para la asignación de citas a pacientes de consulta externa:** Para pacientes ambulatorios remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la asignación de cita en un plazo máximo de 72 Horas.	(SI)	NO APLICA
16	**Oportunidad para la aceptación de pacientes hospitalizados:** Para pacientes hospitalizados en otra entidad hospitalaria que requieran remisión, el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la aceptación del paciente en un plazo máximo de 48 Horas.	(SI)	NO APLICA
17	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad de la consulta especializada, Subespecialidad, procedimientos diagnósticos y procedimientos oncológicos de los diferentes servicios ofertados en un tiempo no superior a 15 días calendario.	(SI)	NO APLICA
18	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad para cirugía oncológica en un tiempo no mayor a 20 días calendario después de generada la orden por la entidad contratada.	(SI)	NO APLICA
19	El oferente en todos los casos se compromete a garantizar el tratamiento integral oncológico, a los pacientes del subsistema de salud de la Policía Nacional, en un tiempo no superior a 45 días calendario.	(SI)	NO APLICA
20	El oferente se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera: • Para Urgencias Oncológicas máximo 24 Horas. • Para tratamiento convencional máximo 8 Días.	(SI)	NO APLICA
21	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de medicamentos	(SI)	NO APLICA

	suministrados a los usuarios de la siguiente manera: si el oferente hace su oferta con tarifas institucionales no se pactara intermediación para el pago de los mismos, si la oferta se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 10%		
21.1	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de medicamentos suministrados a los usuarios de la Ciudad de Tunja de la siguiente manera: si el oferente hace su oferta con tarifas institucionales no se pactara intermediación para el pago de los mismos, si la oferta se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 15%	(SI)	NO APLICA
22	El oferente garantiza que los medicamentos utilizados y suministrados por el oferente para el tratamiento integral de pacientes con cáncer; cuentan con el registro de INVIMA y BPM como prueba de calidad de los mismos tanto en Bogotá como en la ciudad e Tunja	(SI)	NO APLICA
23	El porcentaje de intermediación solo se aplicara a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulados por el Estado.	(SI)	NO APLICA
24	TARIFA INSUMOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de insumos utilizados en los procedimientos realizados a los usuarios para el cumplimiento del objeto contractual, el valor de la factura de compra y un porcentaje de intermediación no superior al 10%	(SI)	NO APLICA
24.1	TARIFA INSUMOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de insumos utilizados en la ciudad de Tunja en los procedimientos realizados a los usuarios para el cumplimiento del objeto contractual, el valor de la factura de compra y un porcentaje de intermediación no superior al 15%	(SI)	NO APLICA
25	El servicio será prestado en las instalaciones del oferente que resultare adjudicatario en la ciudad de Bogotá Distrito Capital de manera continua, de lunes a sábado de 07:00 am a 07:00 pm, de igual manera se dará atención inmediata y prioritaria para cualquier procedimiento de urgencia vital sin importar hora diurna o nocturna los siete días de la semana, así como en las instalaciones de la Clínica de la Policía de Tunja..	(SI)	NO APLICA
26	El oferente se compromete a prestar los servicios ofertados al usuario después de verificar la presentación de los siguientes documentos: la orden médica, documento de identificación del paciente, carné de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional y la Orden de Servicio Externo generada por la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
27	El oferente deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en	(SI)	NO APLICA

	Salud No. 1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.		
28	El oferente se compromete a participar de la junta de casos especiales con el número de especialistas necesarios según la patología.	(SI)	NO APLICA
29	El oferente se compromete a participar en la reunión de revisión de delimitaciones de volúmenes y planeaciones por especialistas entrenados en nuevas tecnologías autorizadas.	(SI)	NO APLICA
30	El oferente se compromete a participar en la revisión de imágenes de verificación de inicios de tratamientos con correcciones, si se amerita, de acuerdo a solicitud del servicio de oncología del Hospital central.	(SI)	NO APLICA
31	El oferente se compromete a garantizar la Prestación del Servicio de Radioterapia, quimioterapia y procedimientos de origen oncológicos, incluso en el casos que tenga su capacidad instalada copada o se requiera tecnología superior a la que dispone sus instalaciones.	(SI)	NO APLICA
32	En el caso que se requiera un procedimiento que no esté contemplado dentro de la oferta inicial y el contratista se encuentre en la capacidad de realizarlo, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional, y cancelado tomando como referencia la tarifa pactada, previo concepto del supervisor y solicitud de modificación del contrato.	(SI)	NO APLICA
33	En los procedimientos de Braquiterapia de baja tasa, intracavitaria o intraluminal, la tarifa incluye la colocación y control de la fuente radioactiva, cualquiera sea el tipo de tratamiento practicado (broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, ginecológico, etc.).	(SI)	NO APLICA
34	El Oferente que resulte adjudicatario no podrá en ningún caso repetir los estudios para-clínicos realizados en la fase de diagnóstico por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, los cuales acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.	(SI)	NO APLICA
35	El oferente deberá garantizar la prestación del servicio en forma continua a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	(SI)	NO APLICA
36	El oferente se compromete a notificar al supervisor del contrato de forma inmediata los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente de la Regional	(SI)	NO APLICA

	de Aseguramiento en Salud No. 1; el costo de los eventos adversos serán asumidas por el oferente adjudicatario.		
37	El oferente se compromete a que el manejo del paciente debe comprender las complicaciones presentadas durante los procedimientos y hasta el mes siguiente al mismo, comprende el manejo médico y terapéutico oncológico.	(SI)	NO APLICA
38	El oferente se compromete a atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres, para facilitar la espera de los usuarios y sus acompañantes antes, durante y después de los procedimientos se requiere que la entidad cuente con una sala de espera que ofrezca comodidades básicas especialmente adaptadas para tal fin.	(SI)	NO APLICA
39	El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	(SI)	NO APLICA
40	El oferente se compromete a brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	(SI)	NO APLICA
41	El oferente se compromete a informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y se firme el consentimiento medico informado.	(SI)	NO APLICA
42	El oferente se compromete en todos los casos, una vez atendido el usuario, a enviar una contrarreferencia del tratamiento realizado una vez finalizado, dirigido al Jefe de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, que incluya un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio del tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores.	(SI)	NO APLICA
43	El oferente se compromete a enviar mensualmente al Jefe del Grupo de Servicios Asistenciales (supervisor del contrato) informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados.	(SI)	NO APLICA

44	El oferente se compromete a entregar al jefe del Grupo de Servicios Asistenciales los guías de Manejo de las siguientes Patologías así: Cáncer de Seno, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Próstata, Cáncer de Piel, Cáncer Gástrico, Linfoma, Metástasis Óseas, Metástasis Nerviosas.	(SI)	NO APLICA
45	El oferente se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.	(SI)	NO APLICA
46	El Oferente deberá garantizar la sostenibilidad de los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato.	(SI)	NO APLICA
47	El oferente deberá enviar los cinco (05) primeros días de cada mes el cumplimiento de reporte a los entes de vigilancia y control, Indicadores de calidad, eventos adversos, reportes de tecno vigilancia y reactivo vigilancia, de conformidad con la normatividad vigente en cada caso.	(SI)	NO APLICA
48	La asignación de las citas para especialidades, subespecialidades, procedimientos diagnósticos y procedimientos oncológicos se realizará con la autorización expedida en Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
49	Abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.	(SI)	NO APLICA
50	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la prestación del servicio de salud.	(SI)	NO APLICA
51	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	(SI)	NO APLICA
52	El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular	(SI)	NO APLICA

	030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.		
53	El oferente brindará atención médica con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad.	(SI)	NO APLICA
54	El oferente designará un par medico competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
55	El oferente se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco días hábiles del mes siguiente en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
56	El oferente se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato	(SI)	NO APLICA
57	Una vez agotado el contrato, no se continúa prestando los servicios objeto del mismo.	(SI)	NO APLICA
58	El oferente deberá facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, horarios de atención y programación de procedimientos, medicamentos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
59	El oferente se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios recibidos, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 del Ministerio de la Protección Social que define los RIPS, modificada por la Resolución 951 de 2002 y Resolución 1531 de 2014 en concordancia con la Circular 025 del Ministerio de Salud.	(SI)	NO APLICA
60	El oferente se compromete a disponer de un sistema de información sistematizado de las historias clínicas que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la codificación establecida y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos para la presentación de la cuenta de cobro.	(SI)	NO APLICA
61	El oferente se compromete a cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la Historia Clínica de los pacientes.	(SI)	NO APLICA
62	El oferente se compromete a disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, la cual se le debe dar a conocer a los usuarios que sean remitidos, el horario de atención telefónica debe ser de 07:00 a 17:00 horas en	(SI)	NO APLICA

	jornada continua de lunes a viernes por el tiempo que dure el contrato.		
63	**CONDICIONES DEL SERVICIO FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS:** El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tiene como carta rectora en materia de medicamentos, el acuerdo No 052 de 2013 en el cual se dio a conocer el Manual de medicamentos y terapéutica para el subsistema. Documento que debe ser conocido por los prestadores de servicios de salud interesados en este proceso de contratación, con el fin de que las futuras prescripciones a realizar a los afiliados y beneficiarios se hagan basadas en dicho manual.	(SI)	NO APLICA
64	**CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA:** Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No 006 del 23 de agosto de 2017, la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula lo siguiente: Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio: Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento. Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).	(SI)	NO APLICA
65	EL Oferente deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una	(SI)	NO APLICA

	calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA
Sin novedades.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido ( ) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando ( ) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagará el valor del contrato a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia no obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el código CUPS y el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético los soportes objeto del cobro de cada una de las atenciones prestadas a los usuarios.

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- copia del soporte de cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios
- Autorización del servicio en original
- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social; Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

La información de registro prestaciones de servicios de salud (RIPS), el cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes.

La presentación de las facturas por los servicios causados deberá realizarse dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores de los servicios.

PARÁGRAFO PRIMERO AUDITORIA DE CUENTAS.

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO SEGUNDO OBJECIONES Y GLOSAS.

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

CAUSALES DE NO PAGO

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen

Los pagos se harán a la siguiente cuenta.

NOMBRE BENEFICIARIO: CLINICA DEL OCCIDENTE SA.
BANCO: BANCO DE BOGOTA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 060074499

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$1.500.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$646.088.911,00	57%
Valor total facturado	$549.357.160,00	36%
Valor facturado pendiente de pago	$96.731.751,00	0%
Valor pagado	$549.357.160,00	36%
Valor pendiente de entrega	$863.911.089,00	43%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
011 del 01 de Noviembre de 2021	$96.731.751	01/10/2021 al 30/10/2021	$96.731.751	1	Pendiente	pendiente	pendiente

5. RECOMENDACIONES

No hay recomendaciones

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _x__**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO_x__	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____
Doctor **OSCAR ARBEY MEDINA LEAL**
Coordinador Médico Grupo Red Integral de Servicios en Salud
Supervisor Contrato No. 81-7-20164-20
Correo electrónico: arbey.medina@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3186206207