CUFE: f946f6f325092c7035b12678cb00a155776605c735385aa45c4d3822acb303619518527e76b5d5b4df4d3b605cfdb104

HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA ESE
Nit 809005452-3
Carrera 3 Numero 2-08 Suarez Tolima
(8)22883185 CEL 3114511055

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FEV 21406

Fecha: 26/12/2022 14:57 **Estado de Pago:** **CONTADO** **Atención:** Ambulatoria

Administradora: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2** **Nit:** 900419719-1

Contrato: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Paciente: **INGRID PAOLA QUIMBAYO GODOY**

Identif: CC 1110262429 **Edad:** 33 a 8 m 11 d **Num Hta:** **1110262429**

Télefono: 3118888888 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 26/12/2022 10:28 **Egreso:** 26/12/2022 14:57

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **87599**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890203		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	1,00	27.300,00	0,00	27.300,00
997310		CONTROL DE PLACA DENTAL	1,00	15.500,00	0,00	15.500,00
232102		OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	1,00	24.000,00	0,00	24.000,00
232102		OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	2,00	48.300,00	0,00	96.600,00

Total Servicios	**163.400,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**163.400,00**

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

Saldo APB: CIENTO SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Observaciones: CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
PCI: #$16-01-02-041;85-5-20188-21;yirarome@yahoo.com

FIRMA PACIENTE

HUELLA

MARCELA ANDREA TORRES CÓRDOBA
RESPONSABLE FACTURACION

Resolucion Dian Autorización 18764027213068 del 30/03/2022 del FEV 15363 hasta FEV 29763 Vigencia 12 meses.