CUFE: 8e9a897422e17d16588dd7492ef0a1af2dcb6db656d82c24de2563fc000efca63cb57ed794a8dd2941a11a9799b50d64

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 21417

Fecha: 27/12/2022 7:57 **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: **JUAN DIEGO CARDOZO LIZCANO**

Identif: RC 1106309514 **Edad:** 6 a 6 m 20 d **Num Hta:** **1106309514**

Télefono: 3224625521 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 26/12/2022 16:46 **Egreso:** 27/12/2022 7:57

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **87617**

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
997102		APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	7,00	20.772,00	0,00	145.404,00
997310		CONTROL DE PLACA DENTAL	1,00	15.499,00	0,00	15.499,00
997106		TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	1,00	27.300,00	0,00	27.300,00

Total Servicios	**215.503,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**215.503,00**

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

Saldo APB: DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS TRES 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.