CUFE: 2042b2263f9de2744329ee2f3185d4226d7556a46cbe391f4d94c6e84d04956f97a5a726e3f813ede70a98827754988a

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 22619

Fecha: 21/02/2023 10:34 **Estado de Pago:** **CONTADO** **Atención:** Urgencias

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

Contrato: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Paciente: **LUZ MARY DIAZ**

Identif: CC 28963480 **Edad:** 62 a 5 m 7 d **Num Hta:** **28963480**

Télefono: 3115597192 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 12/02/2023 17:00 **Egreso:** 12/02/2023 18:08

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** 13/02/2023 9:33 p.m. **Consecutivo Interno:** **90013**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890701	4544709	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	1,00	76.200,00	0,00	76.200,00
Total CONSULTAS			**1,00**		**0,00**	**76.200,00**
JER00000005		JERINGA 5 CC	1,00	200,00	0,00	200,00
Total MATERIALES E INSUMOS			**1,00**		**0,00**	**200,00**

Total Servicios	**76.400,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**76.400,00**

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

Saldo APB: SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Observaciones:

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.