CUFE: 5211d025d936d8f8f5b365c9eabac13160ae3cba69cb04d25a9c3f0143415a99b62a998f58922bdaa4cbd687226629d9

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 22755

Fecha: 27/02/2023 7:13 **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: **MARLY JANED RAVE ALVAREZ**

Identif: CC 1039884520 **Edad:** 35 a 11 m 14 d **Num Hta:** **1039884520**

Télefono: 3133444895 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 23/01/2023 10:25 **Egreso:** 03/02/2023 15:58

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **90531**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890203		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	1,00	31.700,00	0,00	31.700,00
232102		OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	1,00	56.100,00	0,00	56.100,00

Total Servicios	**87.800,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**87.800,00**

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

Saldo APB: OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Observaciones: CORREO ELECTRONICO:
siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
PCI: #$16-01-02-041;85-5-20102-22;andrealuna.aroca@gmail.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.