CUFE: 8da122e065e6ba3eaa0c59097db0af9795b3ef363422f1816c108b714dd7143d12469b0e0a85c5baf4f5c1a50ca03e18

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 23129

Fecha: 28/02/2023 18:40 **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: **ELSY RUBY MAYORGA CORDOBA**

Identif: CC 65797404 **Edad:** 43 a 9 m 27 d **Num Hta:** **65797404**

Télefono: 3202289882 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 21/02/2023 7:29 **Egreso:** 21/02/2023 7:58

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **91027**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890303		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	1,00	31.700,00	0,00	31.700,00
232102		OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	1,00	27.800,00	0,00	27.800,00
232102		OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	1,00	56.100,00	0,00	56.100,00

Total Servicios	**115.600,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**115.600,00**

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

Saldo APB: CIENTO QUINCE MIL SEISCIENTOS 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.