CUFE: b73b1e288c45d1bf3e35899972570edda7260b049f820e691b1a7698dcd57e59c06529380a9fd99f72ca2f118ee5d99e

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 23130

Fecha: 28/02/2023 18:41 **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: **ISABELLA ESCOBAR SUAREZ**

Identif: RC 1105691185 **Edad:** 7 a 1 m 25 d **Num Hta:** **1105691185**

Télefono: 3235871883 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 13/02/2023 16:00 **Egreso:** 28/02/2023 18:41

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **91028**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890301		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GE-NERAL	1,00	46.400,00	0,00	46.400,00

Total Servicios	**46.400,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**46.400,00**

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

Saldo APB: CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS 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.