CUFE: 1ddb0c9cac6abe24f315f07060b11ced9778c4e188ac4a150bb0a3cc010fe10f29419f0b4b3fda695ea93665acd13959

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 23131

Fecha: 28/02/2023 18:42 **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 :** 13/02/2023 7:46 **Egreso:** 21/02/2023 7:22

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **91029**

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
997310		CONTROL DE PLACA DENTAL	1,00	15.500,00	0,00	15.500,00
997301		DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	1,00	91.900,00	0,00	91.900,00

Total Servicios	**139.100,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**139.100,00**

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

Saldo APB: CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL CIEN 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.