CUFE: f57b98ece9182ee6be68724d3b04bf82171be50ff8730036a0e88b4b3f69ed4fc2498604a1c5227b6112c208d166f267

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 23134

Fecha: 28/02/2023 18:45 **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:** **91032**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
906039		Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TRE-PONEMICA)	1,00	15.900,00	0,00	15.900,00
906249		VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *	1,00	111.000,00	0,00	111.000,00

Total Servicios	**126.900,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**126.900,00**

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

Saldo APB: CIENTO VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS 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.