CUFE: c53cd7f2cbdf501f741f7fb01cd824d22807d0d82267b6d5dee71ac850ddca662970b90daca730b81076ef34f6ec1f42

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 23136

Fecha: 28/02/2023 18:46 **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:** **91034**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
895100		ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1,00	63.400,00	0,00	63.400,00

Total Servicios	**63.400,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**63.400,00**

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

Saldo APB: SESENTA Y TRES 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.