CUFE: 238970c87294f73c3443442df31068296000e25380215f127ba30271d75a1bb71a48090f91de572368534e3b6f18c998

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 23137

Fecha: 28/02/2023 18:47 **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: **JONATHAN JULIAN CARDOZO LIZCANO**

Identif: TI 1110468076 **Edad:** 17 a 1 m 15 d **Num Hta:** **1110468076**

Télefono: 3224625521 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 13/02/2023 8:32 **Egreso:** 16/02/2023 11:03

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **91035**

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	2,00	56.100,00	0,00	112.200,00

Total Servicios	**143.900,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**143.900,00**

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

Saldo APB: CIENTO CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS 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.