CUFE: 5d16f140b3c24ec90a7ae3eb63150d7721d6b9e1ab812c6f4d0b02c8071b4bcf73c627233db0f20001fad749ce350151

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 23138

Fecha: 28/02/2023 18:48 **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: **AMY MARIANA CEPEDA ROA**

Identif: TI 1121896943 **Edad:** 12 a 1 m 9 d **Num Hta:** **1121896943**

Télefono: 00 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 13/02/2023 11:37 **Egreso:** 28/02/2023 18:48

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **91036**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890201		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	1,00	46.400,00	0,00	46.400,00
19999832-02		BETAMETASONA 0.05% UNG. TUBO	1,00	2.124,00	0,00	2.124,00

Total Servicios	**48.524,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**48.524,00**

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

Saldo APB: CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO 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.