CUFE: 3687298b220690bf96bba41bbcc83783d58ed760643fd8aa71a448183794b70979b178103af3af4121fa39dece3e2306

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 23142

Fecha: 28/02/2023 18:55 **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: **JUAN CARLOS CARTAGENA CALDERON**

Identif: CC 6017580 **Edad:** 54 a 2 m 8 d **Num Hta:** **6017580**

Télefono: 3213667443 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 15/02/2023 17:47 **Egreso:** 28/02/2023 18:55

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **91040**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
993510		VACUNACION CONTRA INFLUENZA	1,00	7.000,00	0,00	7.000,00

Total Servicios	**7.000,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**7.000,00**

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

Saldo APB: SIETE MIL 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.