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 23153

Fecha: 28/02/2023 19:15 **Estado de Pago:** **CONTADO** **Atención:** Urgencias

Administradora: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2** **Nit:** 900419719-1

Contrato: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Paciente: **ASHLEY SALOME TORRES DIAZ**

Identif: RC 1105693935 **Edad:** 3 a 11 m 15 d **Num Hta:** **1105693935**

Télefono: 3209056317 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 04/01/2023 18:00 **Egreso:** 04/01/2023 19:00

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** 08/01/2023 1:00 a.m. **Consecutivo Interno:** **91051**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890701	4254571	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	1,00	76.200,00	0,00	76.200,00
890601	4254571	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1,00	64.000,00	0,00	64.000,00
Total CONSULTAS			**2,00**		**0,00**	**140.200,00**
939402	4254571	NEBULIZACION	1,00	21.200,00	0,00	21.200,00
Total PROCEDIMENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRUGICOS			**1,00**		**0,00**	**21.200,00**
5DSB01	4254571	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	1,00	95.900,00	0,00	95.900,00
Total DERECHOS DE SALA			**1,00**		**0,00**	**95.900,00**
JER00000005	4254571	JERINGA 5 CC	1,00	200,00	0,00	200,00
J01DC009723	4254571	JERINGAS 20 CC	1,00	404,00	0,00	404,00
SET00000002	4254571	MICRONEBULIZADOR PEDIATRICO	1,00	3.000,00	0,00	3.000,00
Total MATERIALES E INSUMOS			**3,00**		**0,00**	**3.604,00**

Total Servicios	**260.904,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**260.904,00**

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

Saldo APB: DOSCIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS CUATRO 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

MARCELA ANDREA TORRES CÓRDOBA

FIRMA PACIENTE

HUELLA

RESPONSABLE FACTURACION

Resolucion Dian Autorización 18764027213068 del 30/03/2022 del FEV 15363 hasta FEV 29763 Vigencia 12 meses.