CUFE: 2f5ee45856300f58a8b1eae22f75c81eb7cc2558122ce1d2040ddbb2719318e33678623cd951dcf732aa62678c590da2
Fecha de Aceptación Dian: 9/08/2023 6:11:19 p. m. Software: ESALUD S.A.S Nit: 830145677-1

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 26474

Fecha: 09/08/2023 13:56 **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: **ANGELY FERNANDA VASQUEZ RINCON**

Identif: TI 1104805108 **Edad:** 18 a 4 m 0 d **Num Hta:** **1104805108**

Télefono: 3164768594 **Carné:**

Tipo de afil: Beneficiario **Ingreso :** 01/03/2023 15:25 **Egreso:** 27/03/2023 15:54

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** **98397**

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

Total Servicios	**46.400,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**46.400,00**

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

Saldo APB: CUARENTA Y SEIS 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

MARCELA ANDREA TORRES CÓRDOBA

FIRMA PACIENTE | HUELLA | RESPONSABLE FACTURACION

Resolucion Dian Autorización 18764047109304 del 04/04/2023 del FEV 23930 hasta FEV 29763 Vigencia 12 meses.