CUFE: b4fd989c71afce621c61df2dd60a04f32d47770055c79c9192268c94b08dcd911b32ab6fb6beede9b6def37b64d51b38
Fecha de Aceptación Dian: 9/08/2023 6:10:31 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 26486

Fecha: 09/08/2023 17:35 **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: **BEATRIZ CAMILA VASQUEZ QUIMBAYO**

Identif: CC 1110263013 **Edad:** 28 a 4 m 8 d **Num Hta:** **1110263013**

Télefono: 3506253656 **Carné:**

Tipo de afil: Cotizante/Afiliado **Ingreso :** 22/04/2023 20:00 **Egreso:** 22/04/2023 20:39

Nivel afil: REGIMEN ESPECIAL **Fech Egre Adm:** 23/04/2023 5:52 a.m. **Consecutivo Interno:** **98410**

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890701		CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	1,00	76.200,00	0,00	76.200,00
Total CONSULTAS			**1,00**		**0,00**	**76.200,00**

Total Servicios	**76.200,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**76.200,00**

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

Saldo APB: SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS 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 18764047109304 del 04/04/2023 del FEV 23930 hasta FEV 29763 Vigencia 12 meses.