CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 25/08/2023 03:03
VENC: 24/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383161

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 13195093 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LUIS ALFONSO QUINTERO PARADA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 55 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 13195093 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 882318 | | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR | 203,043.00 | 1 | 203,043.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 203,043.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 203,043.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS TRES MIL CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: d72a1502b5b5ad03d7cc99e50d4c991338993801fcb4a610230a4dc00a92b3ab01940952cf15016565e0fb1912c66034

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 25/08/2023 03:08
VENC: 24/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383162

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36549207 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARIBEL GRACIELA PATIÑO RUIZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 18 N 17A 16 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 60 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 36549207 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 882318 | | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR | 203,043.00 | 1 | 203,043.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 203,043.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 203,043.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS TRES MIL CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 5a09bdbddd944d903b97846bd2810562bd591df775e4661588e5544cef7a0f1a5edb01c2d5eb526625c429a1a31857f4

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 25/08/2023 04:46
VENC: 24/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383188

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: TI | 1082998218 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | SANTIAGO DE JESUS ARMENTA BALLESTAS | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | SANTA MARTA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 10 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1082998218 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883102 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 671,400.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 671,400.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: d53b7755f61739a511c09ac532d15e5a16661dbc62b45a418c7d43d639e1199cddc5e4341f93915b8a1b1c42a66b6f56

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 25/08/2023 04:47
VENC: 24/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383189

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 85152912 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | EDUARDO ENRIQUE POSADA JIMENEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MZA 28 CASA6 EL PANDO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 38 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 85152912 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883230 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 998701 | | SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO | 256,795.00 | 1 | 256,795.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 928,195.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 928,195.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

NOVECIENTOSVEINTIOCHO MIL CIENTO NOVENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 3cb0057cc62315b5e828ec77fa41636d11c2f046f45558aec2d51177a9756aa4ccb1bbb74063934bc11aac156d5afef8

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 25/08/2023 04:50
VENC: 24/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383190

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39013903 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | CARMEN DE JESUS ANDRADE OSPINO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MZ 4 CS 12 GALICIA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 54 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 39013903 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883511 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |
| 998701 | | SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO | 256,795.00 | 1 | 256,795.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 771,522.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 771,522.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOSVEINTIDOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 27538532b2ed35c1339366b5dfde52e4db3899a6324f552412847a96cdc0114796ec1753bb999cc970d382b5d468c1e4

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 09:33
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383192

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36695648 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JUDITH MARIA ANZOLA ARIAS | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 6 Y 7 LA PAZ | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 42 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. HISTORIA: 36695648 | | P.P. | P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: | |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879420 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) | 243,717.00 | 1 | 243,717.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 243,717.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 243,717.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: ac7556ae78777f0dd0d416fce9d537ff21dab4c2b332f1079df81b11af6762c1025238acef9ae9ea3854cd78e6bfda0c

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:02
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383196

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083571217 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | FLORAYNE CAROLINA DE LA HOZ GARCIA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 29 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1083571217 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881434 | | PERFIL BIOFÍSICO | 47,589.00 | 1 | 47,589.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 47,589.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 47,589.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 9ff7433a5e75aa8a60b6c62134f587a2973e1cb1b05a72eb96e2a2fd66d656b58cde12a675051f3cfc08adb851d872a0

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:03
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383197

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 46648939 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | YURI ANDREA RICO MAHECHA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | ALTOS DE SANTA CRUZ | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 39 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 46648939 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881401 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 42,068.00 | 1 | 42,068.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 42,068.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 42,068.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y DOS MIL SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: c56250b9fbd92bac85d8fc5991b352e9afefcefb27f443874451303d176d9ad7508149164d3ab660ce0db1c9006f38ae

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:05
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383198

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 22789325 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LISNEIRA MERCEDES DE AVILA CARRILLO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | URB SIERRA DENTRO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 46 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 22789325 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881401 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 42,068.00 | 1 | 42,068.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 42,068.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 42,068.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y DOS MIL SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 9baa0e49cc9318e19e255acf81f8a5dca02ca258c65511d0b4053066b9e3736622c08c058bbcaa360ab1f798dbbcb28e

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:26
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383208

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 7718557 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | SERGIO LUIS SANABRIA GONZALEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 41 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 7718557 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873204 | | RADIOGRAFÍA DE HOMBRO | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 35,016.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 35,016.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y CINCO MIL DIECISEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: afe5c4207fe8a7d894739cce6528f0ef2c748e207077977228ad01ae2e7d44256e7d7423652719bdb8261d5202c3ddb3

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:27
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383209

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 63539110 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LILIANA MARIA CABALLERO VARE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 28 NO 17A-30 SANTA CATALINA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 63539110 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873204 | | RADIOGRAFÍA DE HOMBRO | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 35,016.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 35,016.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y CINCO MIL DIECISEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 387db345c00e42200a3b9efbac85a9caeb2c0c0526090ee7846857be53bce019f5998d1b864c08c262527f18a9d2c15a

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:32
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383210

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: TI | 1082869570 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | VALERIA YISSEL RIASCOS RESTREPO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 17 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082869570 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871061 | | RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS) | 240,350.00 | 1 | 240,350.00 |
| 873305 | | RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS) | 240,350.00 | 1 | 240,350.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2805c2b901ba2f496b79c9d1b191410da5c8420ab98242b8967444f5cd5add41345c77b02cd243ccc48476b1f36a7566

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383210

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: TI | 1082869570 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | VALERIA YISSEL RIASCOS RESTREPO | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | SANTA MARTA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 17 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 1082869570 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 480,700.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 480,700.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUATROCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2805c2b901ba2f496b79c9d1b191410da5c8420ab98242b8967444f5cd5add41345c77b02cd243ccc48476b1f36a7566

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:34
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383211

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 12535205 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JULIO CESAR GONZALEZ MANJARRES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 6 N.- 10 -55 PESCADITO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 71 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 12535205 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871040 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA | 53,817.00 | 1 | 53,817.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 53,817.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 53,817.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 3aec8dfb60be8d721fa2dfbbb4009bb046f992f4b007ba6087306ff2da47aba689719f2f3e473d4a296cc30af5b24a7d

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 10:35
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383212

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 80825310 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | HECTOR JOSUE OVALLE PEREZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CENTRO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 39 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 80825310 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871040 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA | 53,817.00 | 1 | 53,817.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 53,817.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 53,817.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: b47871103dd01beb48bf8527ec42589c1a846f03892235f8a62624e1014d6b0aa9378123d14c3b947b1f290a1be742cb

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 11:16
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383217

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: TI | 1014200859 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | DAILET SOFIA REYES BANQUEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALL 16 N 9-34 LAPAZ | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 16 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1014200859 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879111 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE | 178,005.00 | 1 | 178,005.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 178,005.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 178,005.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: d8e753550e0745e98cc9438c4c260b81ab7b5bb4fdabf6b51e603553f001f0ce56c91b46179ab6eb1c60de3682fc79df

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 11:56
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383220

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57442568 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | AZENETH MARIA CASTRO TORRES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 50 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 57442568 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881306 | | ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA | 47,268.00 | 1 | 47,268.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 47,268.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 47,268.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 1cca8c8e8a574a7c2ec1bdd948d5061fb3d05f966a56ce58448f28ec935d1fd5197746a5b4ecbeda3379564c31a923cf

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 12:44
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383240

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39143199 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LEIDYS PATRICIA PEÑA OSORIO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CRA 14 Nº 6A-14 BR 20 DEJULIO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 39143199 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871121 | | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) | 37,896.00 | 1 | 37,896.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 37,896.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 37,896.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 41abf15e9ba34cbe12afde2c8d4a537e6d43df1ced16a2ccece600bff43a43ca69b185565ba8cf93f75e14ed65dd7607

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 26/08/2023 12:44
VENC: 25/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383241

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84452626 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ROSEMBERG JOSE CABANA FERNANDEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MANZ 2 CASA 5 LUZ DEL MUNDO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 84452626 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871040 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA | 53,817.00 | 1 | 53,817.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 53,817.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 53,817.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: d97feef7ccc446d6ac2f1ef940271667161aec979d707120396d0bcc140389b88e6a73562b6948ac15a6967065f92d91

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 08:41
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383245

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1134331533 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | YULAINI NADREA GARAY VARGAS | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | SANTA MARTA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 19 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1134331533 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881437 | | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO | 330,165.00 | 1 | 330,165.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 330,165.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 330,165.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TRESCIENTOS TREINTA MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: aa215ead095ed6561a6674b096e4890043a4ee748121ee57bb646118b504c4e6bab152e274fcda9de574fe40fdee4783

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 08:42
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383246

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 40943922 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | KATIS DEL CARMEN JULIO GONZALEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 48 24 43 SANTA CRUZ | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 38 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 40943922 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 882298 | | ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA | 76,268.00 | 1 | 76,268.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 76,268.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 76,268.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 0764748fd4956139d03a36cc5964f5393c10170c5cb3ba1eebd13f1b8c949b00ce10f882cec0852337c7819823ff0af9

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 09:09
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383258

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84456761 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | RONALD YESID BENAVIDES AGUILAR | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 84456761 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873303 | | RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL) | 27,018.00 | 1 | 27,018.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 27,018.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 27,018.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

VEINTISIETE MIL DIECIOCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 1d32e4a866b0559794414150b8f84b379cf9164547ebdb02688c8a77dd262baf9fd497709cdce4d0e7409b12027eef50

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 09:10
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383260

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57295422 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | YENIS DEL PILAR HERNANDEZ OROZCO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLLE 32 N 16A-43 LAS AMERICAS | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 57295422 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883210 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 871010 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL | 44,123.00 | 1 | 44,123.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 715,523.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 715,523.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SETECIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOSVEINTITRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 24c9ea11a4613adbc040c0c4a37d44d2236115c819c5b76eaa20d4424889a0da2606c8277b5c8cb2833375521c30d37d

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 09:53
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383269

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36623494 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARIA ETELVINA MUNERA GONZALEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 56 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 36623494 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 882317 | | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES | 203,043.00 | 1 | 203,043.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 203,043.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 203,043.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS TRES MIL CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: c00285f8612a673d568ef3115c6bd955b67c9e930ac082d61578caababa7383172a52825e9b92c2d6008f606c2835532

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 09:55
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383270

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 8509445 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ABELARDO JOAQUIN DE MOYA PALMA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | FINCA LA REMONTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 43 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 8509445 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 882317 | | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES | 203,043.00 | 1 | 203,043.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 203,043.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 203,043.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS TRES MIL CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2f40770590be408622c2865260a4c635f5bc1976865e32f1a1869934699a460428c40f2aaa61a33d34fbb58b5bec74d9

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 11:03
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383289

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57436295 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | BEXI DEL SOCORRO MENDOZA DAVILA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CRA 21B N 4-37 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 52 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 57436295 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883101 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 883101 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 0139700101 | | CUM 20021045 GADOBUTROL - 1.0 MMOL/ML SOL INYECTABLE | 177,157.00 | 1 | 177,157.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: cb6f3f5a9375023f67fe42da934692116a4cdb6f8c2eabb08d61f4311a0d342e6b540603d45d6926f3518de3fdfed982

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383289

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57436295 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | BEXI DEL SOCORRO MENDOZA DAVILA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CRA 21B N 4-37 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 52 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 57436295 P.P. P.S.

FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:

AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 1,519,957.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 1,519,957.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

UN MILLON QUINIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: cb6f3f5a9375023f67fe42da934692116a4cdb6f8c2eabb08d61f4311a0d342e6b540603d45d6926f3518de3fdfed982

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 11:04
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383290

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083003308 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | FREDDY DE JESUS ROSALRS GARCIA | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | SANTA MARTA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 27 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1083003308 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883230 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 671,400.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 671,400.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 4c5554fedb8190ee838f5f3f04d686995cef8ebad2091ae5d32fb99f60e80b67a60dabdb3892566c52bcf3131f44b8ba

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 11:06
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383292

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 8718519 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | NELSON SANTIAGO PADILLA NAVARRO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CARERA 21 A N 8 27 ALFONSO LOPEZ | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 61 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 8718519 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883522 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO) | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 514,727.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 514,727.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOSVEINTISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 7f873e7d1d255d0ff510e3254b33cfd8c26c0298efedca69dab87462e47fbe60f0defdb66192de9a938b7f8d06eec8ad

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 11:08
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383293

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1221964314 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LUZ ADRIANA GENOY HERNANDE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 28 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1221964314 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883401 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 0139700101 | | CUM 20021045 GADOBUTROL - 1.0 MMOL/ML SOL INYECTABLE | 177,157.00 | 1 | 177,157.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 848,557.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 848,557.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 5e3cec24a81f6e7d267998fc7e452b198f31d9ab285ebdb639d7b9419ed4db75129efa9c8a54a40915ef92db58966b55

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 11:22
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383299

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 4896620 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JOSE ALIRIO LEAL MOLANO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MZ 108 CS 3 CIUDADELA 29 DE JULIO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 74 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 4896620 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879205 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO) | 165,578.00 | 1 | 165,578.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 165,578.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 165,578.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 0a4dc01cb89bc3f8ceacf148ae30ef5f04d64669de17df400a0591beb84e64b433e432fb21753243ae8bf454b95fd21b

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 11:23
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383300

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1129533185 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ORLANDO JOSE ACOSTA SEVILLA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 30 CARERA 21 N 21 56 CIENAG MAG | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 36 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1129533185 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879430 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] | 596,131.00 | 1 | 596,131.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 596,131.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 596,131.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 30a3ccc548c85323a3268f5aec1077df46f268950ab6c84911afddd0f13d2c8372ba96b3e08e9b1fb9c0ff2265eb9a4c

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 11:24
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383301

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 19589472 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ANTONIO MARIA ANDRADE VENERA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | FUNDACION | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 57 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 19589472 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879430 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] | 596,131.00 | 1 | 596,131.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 596,131.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 596,131.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 8411ee1c12696bc6745cf63c5bcfd85efcc81cd4cd48fc84f2ef5104b0f3b6d6d4e1c8d809105e1c343ee8056c1b3111

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:22
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383336

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84459451 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ERIC MOISES MACIAS MANJARRES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CAR 16 CALLE 31 AMERICAS | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 39 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 84459451 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883522 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO) | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |
| 873333 | | RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA) | 27,018.00 | 1 | 27,018.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 541,745.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 541,745.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 503fd824a3f5314488aa5002684c5021653e03ccad3fca9e16aa5efede004bfc07f2deddb0a1c192eecf9d3920b97a10

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:30
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383337

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39026949 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LINA DEL SOCORRO ROMERO CONSTANTE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 7B CR23 CIENAGA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 71 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 39026949 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881302 | | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS) | 94,537.00 | 1 | 94,537.00 |
| 871121 | | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) | 37,896.00 | 1 | 37,896.00 |
| 881401 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 42,068.00 | 1 | 42,068.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 429049a1c4142e94bad6692aacf24cd76f7bb11cac600c55f2c2346d55ba565ef5019d64c0a7059cac69fa83394def02

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383337

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39026949 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LINA DEL SOCORRO ROMERO CONSTANTE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 7B CR23 CIENAGA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 71 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 39026949 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 174,501.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 174,501.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 429049a1c4142e94bad6692aacf24cd76f7bb11cac600c55f2c2346d55ba565ef5019d64c0a7059cac69fa83394def02

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:31
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383339

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083568876 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ESTEVEN RAFAEL VILLANUEVA MONTAÑO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 27 CRA 27 CIENAGA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 30 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1083568876 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871040 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA | 53,817.00 | 1 | 53,817.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 53,817.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 53,817.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: ee9f0e26f37c47448ca4c95cde2134f955c0e5c2eebde1ed2300f2e262426d2910dab8a8bee811e2dc33a5c181b3f876

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:32
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383340

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082915561 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | CARLOS MANUEL GARCIA VASQUES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 34 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082915561 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873204 | | RADIOGRAFÍA DE HOMBRO | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 35,016.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 35,016.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y CINCO MIL DIECISEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: b349f76d9ea017fd2b5e0c8f914c879541d90967508dd6cb96e19a02e7c8b013346de71bd67db5b72afd7fe8e722c8aa

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:41
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383342

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36553382 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | AMANDA DONADO ROBRES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MANZANA 43 CASA 4 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 58 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 36553382 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881201 | | ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 51,569.00 | 1 | 51,569.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 51,569.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 51,569.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 23c8347b696a1b55f95f3e0bf9b69535262b49e555bf77b4660dd16f822f97d422177758fcfc4feb88d89ad4069e668c

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:45
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383343

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1022334347 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MELANY MARIA ARROYO QUIÑONEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 36 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1022334347 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883401 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 881305 | | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR (HÍGADO, PÁNCREAS, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS) | 75,112.00 | 1 | 75,112.00 |
| 883440 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 88fa0bbb66bfe6deb0f4473c40ebcf27db2fec7860cf704878273a600a2a37f01b9dfeb2411eae1b352792be4ab7e8b4

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383343

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1022334347 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MELANY MARIA ARROYO QUIÑONEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 36 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 1022334347 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 1,417,912.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 1,417,912.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 88fa0bbb66bfe6deb0f4473c40ebcf27db2fec7860cf704878273a600a2a37f01b9dfeb2411eae1b352792be4ab7e8b4

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:47
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383345

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 52109251 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | MARIA CARMENZA SANABRIA ZAPATA | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | SANTA MARTA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 51 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 52109251 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881402 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL | 25,432.00 | 1 | 25,432.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 25,432.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 25,432.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 4f567512c81f9b7d60a34ecac20aa1296b93a6d1ce893a6a75f965db87f90d1dfca9dcecdfd81b068f720c92016606b7

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 28/08/2023 03:50
VENC: 27/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383347

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1004360258 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LAURA CAROLINA PARDO SANCHEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 20 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1004360258 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881401 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 42,068.00 | 1 | 42,068.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 42,068.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 42,068.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y DOS MIL SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 7515f2c3696d9ea31b646dd2a046cc677a427f53731c50395240b0933b7183f42a47b6a2d9c4e23bddbe6bec659cac52

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 08:01
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383365

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 4970634 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | HERIBERTO ENRIQUE VEGA ARMENTA | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 86 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 4970634 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 920408 | | PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO | 649,609.00 | 1 | 649,609.00 |
| 0139010232 | | CUM 226106 TECNECIO (99MTC) TETROFOSMIN | 800,000.00 | 1 | 800,000.00 |
| 0139760120 | | CUM 226508 GENERADOR TECNECIO (99MTC) PERTECNETATO ULTRA TECHNEKOW DTE COVIDIEN COLOMBIA S.A. | 410,335.00 | 1 | 410,335.00 |
| 0187000001 | | DIPIRIDAMOL 10MG/2ML SOL INY | 120,000.00 | 1 | 120,000.00 |
| 0218000013 | | ELECTRODOS ADULTO | 53,724.00 | 1 | 53,724.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2cdc6e0cd6567b6fd5f9638a64f3f1378f53cc8b4445e9f8f88f693a5a91c509600f1bb446bd24437a837c4b49c5b5f3

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383365

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 4970634 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | HERIBERTO ENRIQUE VEGA ARMENTA | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 86 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 4970634 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 2,033,668.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 2,033,668.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOS MILLONES TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2cdc6e0cd6567b6fd5f9638a64f3f1378f53cc8b4445e9f8f88f693a5a91c509600f1bb446bd24437a837c4b49c5b5f3

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 08:05
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383366

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 51583522 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | NANCY ESTHER CAMBRONELL GUETTE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MZ 0 CASA 9 BOLIVARIANA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 64 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 51583522 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 920408 | | PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO | 649,609.00 | 1 | 649,609.00 |
| 0139760120 | | CUM 226508 GENERADOR TECNECIO (99MTC) PERTECNETATO ULTRA TECHNEKOW DTE COVIDIEN COLOMBIA S.A. | 410,335.00 | 1 | 410,335.00 |
| 0139010232 | | CUM 226106 TECNECIO (99MTC) TETROFOSMIN | 800,000.00 | 1 | 800,000.00 |
| 0218000013 | | ELECTRODOS ADULTO | 53,724.00 | 1 | 53,724.00 |
| 0187000001 | | DIPIRIDAMOL 10MG/2ML SOL INY | 120,000.00 | 1 | 120,000.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 643b8c05b224c9fc588367219f5544cc28490dce5ffba2f97ba012d69b6b6262f7b3cc971a02ef1e507ca58a09253952

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383366

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 51583522 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | NANCY ESTHER CAMBRONELL GUETTE | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | MZ 0 CASA 9 BOLIVARIANA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 64 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 51583522 P.P. P.S.

FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:

AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 2,033,668.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 2,033,668.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOS MILLONES TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 643b8c05b224c9fc588367219f5544cc28490dce5ffba2f97ba012d69b6b6262f7b3cc971a02ef1e507ca58a09253952

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 08:12
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383368

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 85463218 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | GERMAN ROBLES GOMEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | LA PAZ CLL 115 KR 14 N 115-31 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 52 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 85463218 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 920801 | | RENOGRAMA SECUENCIAL | 144,052.00 | 1 | 144,052.00 |
| 0131060405 | | CUM 19935050 DTPA PERTECHNETATO(99M TC) SODIO INYECCIÓN PARA RECONSTITUIR "DTPA RADPHARM"SELIG DE | 600,000.00 | 1 | 600,000.00 |
| 0139760126 | | CUM 226508 GENERADOR TECNECIO (99MTC) PERTECNETATO ULTRA TECHNEKOW DTE COVIDIEN COLOMBIA S.A. | 410,335.00 | 1 | 410,335.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 4de1ee727b35255f34c7123c502157945a9060014a73cc21abed5bd997594a0d7cb72463e3764b9efb34a18ea1d7571b

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383368

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 85463218 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | GERMAN ROBLES GOMEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | LA PAZ CLL 115 KR 14 N 115-31 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 52 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 85463218 P.P. P.S.

FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:

AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 1,154,387.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 1,154,387.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 4de1ee727b35255f34c7123c502157945a9060014a73cc21abed5bd997594a0d7cb72463e3764b9efb34a18ea1d7571b

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 08:15
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383369

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84456761 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | RONALD YESID BENAVIDES AGUILAR | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 84456761 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883512 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO) | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 514,727.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 514,727.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOSVEINTISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: dbbd446407ccb4ad911af3a122212bb5d58c46c97656620dee57cb30a03595374a0e9b49b52fd159ae1280f7819a181a

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 08:16
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383370

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 91159548 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ERNESTO CASTELLANOS SUAREZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MZA N1 CSA 15 CONCEP .3 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 43 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 91159548 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883522 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO) | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 514,727.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 514,727.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOSVEINTISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 947d0c06b2ba04f42af6fa9b467159e63757f2f3d51d100bd98f695d51fa39935f79e1be5b98c5c58f549b6be4e7a1e0

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:23
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383373

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36537857 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | AMERICA MARINA CANO REDONDO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 23 N 32C-21 FLORIDA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 69 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 36537857 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 878301 | | FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR | 191,422.00 | 1 | 191,422.00 |
| 873501 | | FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS | 220,110.00 | 1 | 220,110.00 |
| 998701 | | SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO | 256,795.00 | 1 | 256,795.00 |
| 887002 | | CINEANGIOGRAFÍA | 633,779.00 | 1 | 633,779.00 |
| 878301 | | FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR | 191,422.00 | 1 | 191,422.00 |
| | | IOPA (IOPAMIDOL) 300MG /50ML SOLUCION INYECTABLE | 190,300.00 | 1 | 190,300.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 9fb6f5f8fd670762a90d0f923e0157c5c8524eac52d642774189c49761d8075b3042824dea2684409918f06234bbd071

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383373

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36537857 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | AMERICA MARINA CANO REDONDO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 23 N 32C-21 FLORIDA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 69 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 36537857 P.P. P.S.

FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:

AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 1,683,828.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 1,683,828.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOSVEINTIOCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 9fb6f5f8fd670762a90d0f923e0157c5c8524eac52d642774189c49761d8075b3042824dea2684409918f06234bbd071

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:28
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383374

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 51670229 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARIA DE LOS MILAGROS PRATO ORTEGA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MZ 20 CASA 2 29 DE JULIO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 60 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 51670229 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883210 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 871010 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL | 44,123.00 | 1 | 44,123.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 715,523.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 715,523.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SETECIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOSVEINTITRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 0eb78a892fc8a53d66be54bd1de54abd13183155c00574b5ef9af4bd145c0a9dc7d0c269344f8f9f023ed08df9177efe

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:29
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383375

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1004279543 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | RONALD ALFONSO OROZCO SALCEDO | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 21 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1004279543 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879111 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE | 178,005.00 | 1 | 178,005.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 178,005.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 178,005.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: f7a459889c144a07e19ca632341b98b400cabad01d5d8df60b1411ee20d0d9b8fc11726056020eda4fd6fb4a3f330506

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:30
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383376

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1134329897 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | YULIETH CAROLINA PAREJO ORTIZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 26 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1134329897 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881437 | | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO | 330,165.00 | 1 | 330,165.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 330,165.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 330,165.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TRESCIENTOS TREINTA MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: dbda3e17f26cf873db784c4e368614299756552bc1c60af98283869f6d55d0f61b191457aded708fd4376faf6d266c6c

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:31
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383377

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082921984 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | YENNY TATIANA COHECHA REYES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | KRA 21B N 29C BOLUEVAR DE LAS ROSAS | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 32 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082921984 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881436 | | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL | 165,083.00 | 1 | 165,083.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 165,083.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 165,083.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SESENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 6f9ddb11417ef54dca075fc85a377690440b41d6381175cefb0ac0c3bc69da71e0b71e35e51a422561c4f2e8d6b6367a

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:32
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383378

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082854414 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | YULIETH PAOLA MONTENEGRO ROLON | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | MZ 38 CASA 10 ELCENTENARIO | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 36 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1082854414 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881437 | | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO | 330,165.00 | 1 | 330,165.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 330,165.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 330,165.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TRESCIENTOS TREINTA MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 614cb120ae60cc341e03607521effa5424a971da36d09d3f8dfaa31278f1f2c79b185c5628d5bbf4c870d8a6b468892c

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:34
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383379

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 51583522 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | NANCY ESTHER CAMBRONELL GUETTE | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | MZ 0 CASA 9 BOLIVARIANA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 64 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 51583522 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 474fc778e547e8d6c30d8daee3c8a3a3b41d8def4a336686ee62eca224df8875319ac85f6432fe5b73c58c7fc0a2d352

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:36
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383380

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 40921921 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | RAQUEL CAROLINA BENGAL CAMPO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CONJUNTO PORTUARIO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 56 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 40921921 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 03df7dc84b85b5e94930b98a63257a893c1b76a52b6690fd25844ca4c62a0a7926b571c8a04bb3fff6310206c9dc176e

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:36
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383381

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57413780 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | ADA CLARETH BOLAÑOS DE TESILLO | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | CIENAGA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | CIENAGA | EDAD: 56 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 57413780 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 72d7c74a350cc966a33753599036b26139d558e1819131cac1a92a54e6c71b1e4f637abd99093f810932f57c9b0c9a34

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:37
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383382

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36552140 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | IRMA MARIA GOMEZ GAMARRA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 27 Nº 17A-12 SANTA CATALINA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 69 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 36552140 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 56c1257d84e6e0508550fec1460ba119e046db46be9e830ce61331d733e89a59eb6eca734daf1b138128545b095965df

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:39
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383383

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57430837 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | CARMEN MEZA SUAREZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MNZO CASA 369 VILLA MARBELLA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 52 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 57430837 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2e67b24d47aaa42ee4d249d24c328499dcf232b715ef369f77080600322eef835a55af75023090407d85a05a6cde00ba

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:40
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383384

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39033543 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | LEDIS SOFIA GUTIERREZ MANCILLA | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | CIENAGA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 61 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 39033543 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 84f5cc474c4078e446cc9fb13b3b843bdd02ed9a82cad22c35d448f8283f5f30e93a0e216088a6787de72600c9721f5a

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:41
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383385

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 26845702 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ANGELICA MARIA MARQUEZ HINCAPIE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 60 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 26845702 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 00deb88a91c46d4441d0325b1dbdb97497858ed1b09b57606f5aca79e7b2fe9f36b4dd44cf3613913543ee56dc66e10c

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:42
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383386

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39034847 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | SILSA MILADY ECHEVERRIA SOCARRAS | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MZAN 4 CASA 12 FILADELFIA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 58 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 39034847 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 29e056c18f20ec98ea039ad0e2e269ec8c51fd0926d9db9748daf4b0464331265ffda21d6f0f25a4a13c08415b896c66

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:43
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383387

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 33108068 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ISABEL GARCIA ANILLO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MAZ 42 CASA 12GALICIA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 51 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 33108068 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: f925ae54d1557b0d576cc2a011ae8ff637c374798d3b700fd4ca0391f5935515090c6b0555b5290fd7a2226c7e424525

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:45
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383389

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082861247 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | EMILIO RAFAEL MENDOZA BERMUDEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 22A N 41-16 PISO DOS SANTA FE | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 36 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082861247 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879131 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA | 195,393.00 | 1 | 195,393.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 195,393.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 195,393.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 26c4e51503c862e683704af0f05148d2b4237060b3bdfa7cf1d82395109261b016887aa8e0843eab830799b23a4cef5a

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:47
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383390

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1093742289 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | DIEGO ALEXIS TORRADO CHACON | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLLE 32 N 4-91 MANZANAREZ | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 35 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1093742289 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873420 | | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL) | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |
| 873431 | | RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA) | 27,018.00 | 1 | 27,018.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 62,034.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 62,034.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SESENTA Y DOS MIL TREINTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: e408d01c60c04380de177a2ce4a51eb26ebe5cdfbb9d514e959abfec53de2f1b6a8276114eeebb590e21984f5f974087

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:49
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383391

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84457591 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | CARLOS ARTURO GOMEZ MENDOZA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 42 N 13-56 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 39 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 84457591 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883101 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 883101 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 0139700101 | | CUM 20021045 GADOBUTROL - 1.0 MMOL/ML SOL INYECTABLE | 177,157.00 | 1 | 177,157.00 |

**SUBTOTAL**

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: a207286728b39139e48b292f94d6a6d3a15d1646f6676f9cf7e904a2e54b5a75ed1d8029c6fff3b667711db40a1f4c48

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123



## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383391

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84457591 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | CARLOS ARTURO GOMEZ MENDOZA | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | CALLE 42 N 13-56 | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 39 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 84457591 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 1,519,957.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 1,519,957.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

UN MILLON QUINIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: a207286728b39139e48b292f94d6a6d3a15d1646f6676f9cf7e904a2e54b5a75ed1d8029c6fff3b667711db40a1f4c48

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:50
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383392

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 12536908 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | VICTOR GUILLERMO CABALLERO MARIANO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 29A N 19C-37 BARRIO PEREHUETANO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 77 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 12536908 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883401 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |
| 0139700101 | | CUM 20021045 GADOBUTROL - 1.0 MMOL/ML SOL INYECTABLE | 177,157.00 | 1 | 177,157.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 848,557.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 848,557.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 76473eaeaa1aa6f81e31ecc95a1dede70fe49f3177eea8d11249164281c812711dca640255a3945fdc71c6ddd019945b

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:51
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383394

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57440164 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ALIDIS CECILIA CANTILLO ORTIZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | KR 29 E N 29-40AVERIDA RIO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 51 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 57440164 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883512 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO) | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 514,727.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 514,727.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOSVEINTISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 5e7875aef838ee4de100c34503cf240014b78a84162131e7bd30767801bd2fe1bfba88ddb66a6a8ff363c706d092c2d5

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:52
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383395

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082926133 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARISELL FERNANDEZ VARGAS | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 24 C SAN PEDRO ALEJANDRINO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 32 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082926133 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881132 | | ECOGRAFÍA DE CUELLO | 64,199.00 | 1 | 64,199.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 64,199.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 64,199.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 08d4bc7b5dde61a1af30d6b38119d25fe95096aaf62b38e4c9018a9122c4ff8bdc9658aa0090012b9392389720d2eb9e

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:54
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383396

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 74347688 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | WILDER JOHN MORA QUINTERO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 42 | S.O.A.T # TIPO USUARIO | TIPO AFILIADO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. HISTORIA: 74347688 | | P.P. | P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: | |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881510 | | ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 43,976.00 | 1 | 43,976.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 43,976.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 43,976.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 6228cbb0ff66f7bb5a63481afe6ee2cacb1ce2288ce5ca9a59e222430728e07fa2993c7e0c40d4c19384b740ab65ec27

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:56
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383397

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082935718 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | CINDY LORENA GOMEZ CHAPARRO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 11D N. 21-08 OLIVOS | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 32 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082935718 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881401 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 42,068.00 | 1 | 42,068.00 |
| 881301 | | ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS | 55,376.00 | 1 | 55,376.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 97,444.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 97,444.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 09306f3742ce1a91daf30d61b44eec4055ad742bffa2bc17ae81de5ed1728625c9d37fefe69185f98cfec4e1904bceca

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:57
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383398

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: TI | 1011235867 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | NIKOLAS STEVEN PORTELA ESCALANTE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CIUDADELA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 8 | S.O.A.T # TIPO USUARIO | TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1011235867 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881332 | | ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL) | 55,376.00 | 1 | 55,376.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 55,376.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 55,376.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: c277f917799c8aec34e9d1e6036f805b3aec3e52838d60b6b82baf9f6d6d0a810422813480c85843efb7cf324631ff02

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:58
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383399

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1004373815 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ANDREA MARINA CASTAÑO MENDOZA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 22 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1004373815 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883522 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO) | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 514,727.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 514,727.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOSVEINTISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: f906bc44ff4ce2d2c48e87fe734b9a24165b1e4e429ec3786c507e81cbd5b9d55f3f8f295a97bd935b8830c0efd33b5c

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 09:59
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383400

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39046641 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | INDRY JHOJANA PARDO VILARETE | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CRA 29 29 L3-17 SANTA ANA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 44 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 39046641 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883443 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA | 1,342,671.00 | 1 | 1,342,671.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 1,342,671.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 1,342,671.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 5fdcc2eceb9c07a3b846429ce1cadc974957e5c15756d0d322423a516f1b57f271b9cee2d64f5494ee76416774ef413f

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:00
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383401

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 12635097 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ISIDRO DE JESUS GONZLEZ POLO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 10 N 23-121 | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 45 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 12635097 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879111 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE | 178,005.00 | 1 | 178,005.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 178,005.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 178,005.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 20bc63b8eedc706893ebf8a92676a7c54eb0ef7f915a442b5a02978f133b3ad8b0fac523263580bf4d06adb453cf9d60

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:03
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383403

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 7918402 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | SIMON CASSIANI HERNANDEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 29 D4 N: 21A-43 - 20 BULEVAR DE LA ROSA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 45 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 7918402 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879301 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX | 185,241.00 | 1 | 185,241.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 185,241.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 185,241.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 47d37903713a0f8babfe72b8492fb75bb4f17e9234b18a52fd1410d7e32592de49bea3508e9fb6f8ea0ec92b5ef8ff15

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:04
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383404

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083046028 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | JOSE LUIS MARTINEZ HERNANDEZ | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | SANTA MARTA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 24 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1083046028 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879111 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE | 178,005.00 | 1 | 178,005.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 178,005.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 178,005.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 8cdc8de4c7bf2e3385585ce116bf53af96eccabef5b64c7708df9da0c5faf1942bb876a3efaddfefa9097a76cd9502d2

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:05
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383406

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1098612557 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | LEIDY JOHANA OSPINA TORRES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 37 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1098612557 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881132 | | ECOGRAFÍA DE CUELLO | 64,199.00 | 1 | 64,199.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 64,199.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 64,199.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 8bd11e32cb307b64edf173c2d54733be87954a10058fcc62a2b81d932ec650ec110ac0de732cc1aef66a35663e5ccf6f

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:07
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383407

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083459120 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ARMANDO SEGUNDO ZAPATA RAMIREZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | PORVENIR | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 35 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1083459120 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881602 | | ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 55,376.00 | 1 | 55,376.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 55,376.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 55,376.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: df4facd4fe19b5e703d09f2baf9e1052503de77f58e179dcd6662c1d9312c03d4d88810d24efbc3f16c88fde928986d5

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:17
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383409

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1050947360 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ANA ZARYS TORRES TORRES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 36 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1050947360 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881401 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 42,068.00 | 1 | 42,068.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 42,068.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 42,068.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y DOS MIL SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: fbe7fb2efb2b0e4344d1ed0f6b75d28a2be49000e90bec7ba7e7bb602186674a08db1e9f9b7e2909d01c9a30c3292933

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:18
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383410

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1110505649 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JULIETH JUSTIN ANDRADE LEA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 32 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1110505649 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881141 | | ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 43,976.00 | 1 | 43,976.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 43,976.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 43,976.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 274d1ed1abed8b62e47f012cc483a30f6e384257b28d280896011419f762ca20ce42d09aa954f79b5851cea5f86bd705

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:19
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383411

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083458903 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JOSE LUIS CASTILLO LEAL | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 35 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1083458903 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881306 | | ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA | 47,268.00 | 1 | 47,268.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 47,268.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 47,268.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 04d9d5bc25f46bd8142e6cd5572f70ae33fcb7b4dc56ffe645a3bae0423e2d513c15d644d418c5232f51f3e8c510c421

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:24
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383412

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083567798 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | SIRLEY ADRIANA MARTINEZ DAZA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 30 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1083567798 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881436 | | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL | 165,083.00 | 1 | 165,083.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 165,083.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 165,083.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SESENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 1fd23ee70ccc5c39dbc8c37c8753026480bcbc82fe326d8c406a9de352afa86b1f8a3995f469822b4734277524464231

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:25
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383413

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1006897924 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | KEIDIS PAOLA REANO MEJIA | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | SANTA MARTA | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 26 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1006897924 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881437 | | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO | 330,165.00 | 1 | 330,165.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 330,165.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 330,165.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TRESCIENTOS TREINTA MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: fcceac9fefd92802eeb87b640557c7566e6709b74649f575822d312a4e22c84916bbc83c70324c980ad488c9323f89fd

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:26
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383414

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36570848 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARIDEL AVENDAÑO GALLARDO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MAZ 108 CVAS 4 CIUDADELA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 57 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 36570848 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 58c615ede728042a558becb2f2d8a8d8a58d7394977414bb0fa89c8c636e528a4daee010ff98518b83d17aa4c7192b59

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:29
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383415

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36556061 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | MARBEL LUZ MARTINEZ CORVACHO | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | CRA 4 N| 8-29 PESCADITO | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 58 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 36556061 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: e04e40a749741b0e208f3d2fbc2bfde7670670237bbfd592da7a8c3ceab81310e8240f48fcdb87437b3682075023b157

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:29
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383416

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39791260 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JUANA MARCELA MEJIA MOJICA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 17 N 1 - 78 GAIRA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 51 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 39791260 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 0a748e5455227b0d7ce62c255d1063b31ce847b445f879c5bd383a07b1e780f0d12de8f10db81e437662989dcc692b7c

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:30
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383417

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 39091717 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | AMALFY BARRAZA NUÑEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MNZ 84 CASA 5 CIUDA 20 D JULIO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 54 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 39091717 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 6c4f5bcf7ec911ac254696730a7bf46691c5aea0debc216fc516a80dd8807b66a7c125ce9cfbec1fb28655559c9c9d34

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:32
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383418

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 52174280 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARIA CONSTANZA HERNANDEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 49 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 52174280 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 886012 | | OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL | 210,251.00 | 1 | 210,251.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 210,251.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 210,251.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: d385fe671fdcc3a4ec7e31761a8c005e272032b0b71098f97ef6d4f76086d238c064be0a97fb6dc5a8cb7cc0595bd4ba

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:34
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383420

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 52174280 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARIA CONSTANZA HERNANDEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 49 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 52174280 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871121 | | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) | 37,896.00 | 1 | 37,896.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 37,896.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 37,896.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 3d18ff38258ed3e414f45935a26628a657eed7925b470510ca8f3439797af21d7a30ab5e4ccf5f388eff5dc55018377c

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:39
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383422

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1003391023 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ANDREA CAROLINA GUERRA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 21 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1003391023 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873420 | | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL) | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |
| 873420 | | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL) | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 70,032.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 70,032.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SETENTA MIL TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 52301dc586f688b58c560c3424d0764b1fd5106d6b142064e62a493bfe4df17f5e4a0d7db085f371e6d8a740a2934f68

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:41
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383424

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1095810584 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JUAN JOSE GOMEZ DUCUARA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 22 KRA 2 LOS COCOS | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 31 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1095810584 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873313 | | RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL) | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 35,016.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 35,016.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y CINCO MIL DIECISEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 9b53c5eff48e835a43fd1a9547376074b7cd9b677465c9b74d81726ed6478a24bd33e4841bd8c6efa098a23d35aea8cb

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:43
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383425

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1004351142 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARYSOL MEJIA ALVARADO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 22 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1004351142 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 873420 | | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL) | 35,016.00 | 1 | 35,016.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 35,016.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 35,016.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y CINCO MIL DIECISEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 4c385909d280a5741fd34fd9a41f6d3d0be4ab8865285f16e4a0527a630133f27580b24952c5fbe5d78907187508989e

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:44
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383426

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 8698888 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MIGUEL ALEJANDRO BARRETO POLO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 64 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 8698888 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871121 | | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) | 37,896.00 | 1 | 37,896.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 37,896.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 37,896.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 352dbe9f4d8e73d1a5087eb6a8a4eac959f656d1170154b5ea39902dd72630a1d95d5ca18f0a974f89afabefd80328f1

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:45
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383427

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84453490 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ARMANDO ENRIQUE TACHACK MORA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 84453490 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871040 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA | 53,817.00 | 1 | 53,817.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 53,817.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 53,817.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 7f32c758c65ea9fe16b053c807b845af0710c028c627b89f1c8f5592f0a9e57d5523696f6313965e9fd74d7c648064b3

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:46
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383428

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 36694485 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ANGELICA MARIA GOMEZ REALES | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | VILLA TOLEDO MZ E CS 13A | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 43 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 36694485 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881201 | | ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 51,569.00 | 1 | 51,569.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 51,569.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 51,569.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: b9959357ea275e32a6674649f0a101c5830771ffe03955e91f672f65ed06d78612b7340b80539db50d561f3bf76ba393

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:47
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383429

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 57295592 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | BAUDILIA MARIA AVENDAÑO PACHECO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CRA 73 NO 31 - 08 ONCE DE NOVIEMBRE | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 61 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 57295592 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871020 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA | 43,187.00 | 1 | 43,187.00 |
| 871030 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR | 43,187.00 | 1 | 43,187.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 86,374.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 86,374.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 7517db53f60903c7e68f56d67cb5e4bcf4ceb0de8b4ab356f908e83ad15cd0377723fcf8e3f5f4306455e045fa4801d1

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:48
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383430

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 26841937 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | MARITZA MENDOZA NAVARRO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLL 13 N 9 - 53 GAIRA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 77 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

| | | |
|---|---|---|
| No. HISTORIA: 26841937 | | P.P. P.S. |
| FECHA INGRESO: | FECHA CORTE: | FECHA SALIDA: |
| AUTORIZACIÓN: 0.00 | NOMBRE AUTORIZADOR: | |

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871121 | | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) | 37,896.00 | 1 | 37,896.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 37,896.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 37,896.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: b7f944c257b48ca0c86e17352d0aef9aaa3836435fc3cad3649e46f17e6c76e0fec7ab3fc679eaefe969062bf6e39175

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:50
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383431

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 93396915 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JAIRO GAITAN LOZANO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 15 N 32 A 52 GALICIA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 48 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 93396915 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 871010 | | RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL | 44,123.00 | 1 | 44,123.00 |
| 883210 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 715,523.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 715,523.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SETECIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOSVEINTITRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 76c3fa12a41efe648cf579108d8fa4eae019c4f232df0e4a21c8b99cdbb40f1167c1adcfa07618bce227ebca00fa971f

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:54
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383432

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082878814 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JEFERSON DE JESUS PULIDO MIRANDA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 35 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082878814 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883522 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO) | 514,727.00 | 1 | 514,727.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 514,727.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 514,727.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOSVEINTISIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 7b33b81087d33533eb4a632deee9eb88aaba722a24580f88323ab6fb5b1a75919d3f92e98fc16ada54ee1d0f16e73bd9

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:55
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383433

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1083555896 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | JULDAILYS MAURY GAMERO MEZA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CLLE 9 N 5-29 KENNEDY (CIENAGA) | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | CIENAGA EDAD: 32 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1083555896 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 883440 | | RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS | 671,400.00 | 1 | 671,400.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 671,400.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 671,400.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 91fd667bd92ef02adab9b95abd7a908b63f81ee25606427e3c47bb0737ebddd6f4feb9f11f0bdafb06572c7f6f5de203

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 10:59
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383435

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1030569177 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | SINDY PATRICIA ESCALANTE BERRIO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 33 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1030569177 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881201 | | ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 51,569.00 | 1 | 51,569.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 51,569.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 51,569.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 65dfce88b93b29d566860e7761a369b97e31fb61f78e2f59c5abb884e73c366be1caa6d665cca98fe1bef3d7ba2d6e82

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 11:00
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383436

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 17902625 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ERVIN PICO SUAREZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MAZ 2 CASA 51 URB MAYORCA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 42 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 17902625 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881332 | | ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL) | 55,376.00 | 1 | 55,376.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 55,376.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 55,376.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 9281d362bac666899751aadb943f421805641e0696b619446f7b57440cc2b129ecb5332973a7553ef8eba56b55566bc6

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 11:01
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383437

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082901146 | | NIT 802016407 - 3 |
| NOMBRE: | ELADIA BEATRIZ PEREZ MOLIN | | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| TELEFONO | 4200029 | | DIRECCION EMPRESA: |
| DIRECCION | | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | EDAD: 34 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO |

No. HISTORIA: 1082901146 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881401 | | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 42,068.00 | 1 | 42,068.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 42,068.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 42,068.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CUARENTA Y DOS MIL SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: e3a0ed1d48cb2d072014545c103cfdf40ff3f95a8c20f0878c17cf2674aa43156f02def1d721088b6ac2cebc8f85b906

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 11:03
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383438

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 84452626 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | ROSEMBERG JOSE CABANA FERNANDEZ | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | MANZ 2 CASA 5 LUZ DEL MUNDO | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 40 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 84452626 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881511 | | ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER | 66,354.00 | 1 | 66,354.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 66,354.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 66,354.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: c986d7c02672d121c0a510a2e570990853b3612885c67f32e806380ff12bc5823a2aa74435af8a24419b856dab3b340f

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 29/08/2023 11:04
VENC: 28/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383439

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1007772629 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | KELIS PAOLA SIMANCAS PALACIO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | SANTA MARTA | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 22 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1007772629 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 881621 | | ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO | 110,055.00 | 1 | 110,055.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 110,055.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 110,055.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO DIEZ MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 094b8c4daaaf5b793f66506da41408d911a32914bbaf36be2658a8a2a4cacf83b3bafe6b0eef809f02f31a1673244e27

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 30/08/2023 11:25
VENC: 29/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383493

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 1082869596 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | HECTOR JUNIOR VILLALBA GAMERO | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | CALLE 1 CRA 14 A 15 SAN JORGE | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 36 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 1082869596 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879122 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO | 195,393.00 | 1 | 195,393.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 195,393.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 195,393.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2a9dc1285454eec49fc87dab58ba53d6872dd011f5ae6f8acc2b9a15098b158a94a9e364f8a9cf4674ba467625cbb9d0

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

# CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

CENTRO DE IMAGENES DIAGNOSTICA

**Servicios Facturados Excluidos de IVA. No somos grandes contribuyentes**

NIT 819002228 - 2 COD: 470010047401

DIRECCIÓN: CLL 21 N 18A-103 CLINICA MAR CARIBE P1 SANTA MARTA TELEÉFONO: 4200123

FECHA: 30/08/2023 11:26
VENC: 29/09/2023
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CIFE 383494

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO ID: CC | 79735713 | NIT 802016407 - 3 | |
| NOMBRE: | SAMIR GIOVANNY PAVA AVILA | EMPRESA: POLICIA NACIONAL -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8- POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| TELEFONO | 4200029 | DIRECCION EMPRESA: | |
| DIRECCION | | CONTRATO: IMA057 - POLICÍA NACIONAL SECCIONAL DE SANIDAD ATLÁNTICO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA EDAD: 49 | S.O.A.T # TIPO USUARIO TIPO AFILIADO | |

No. HISTORIA: 79735713 P.P. P.S.
FECHA INGRESO: FECHA CORTE: FECHA SALIDA:
AUTORIZACIÓN: 0.00 NOMBRE AUTORIZADOR:

| CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | VLR. UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 879131 | | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA | 195,393.00 | 1 | 195,393.00 |

**SUBTOTAL**

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURA:** | 195,393.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 195,393.00 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| **VALOR A PAGAR POR EL USUARIO** | |
| ABONOS | 0.00 |
| **SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO** | |
| VALOR PAGADO POR EL USUARIO | |
| VALOR NO PAGADO PR EL USUARIO | |

SON EN TOTAL:

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
#$16-01-02-007;67-7-200116-23;demag.upres-afu@policia.gov.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C No.

Fecha Rec. _____

Responsable Facturación ALVARO HENRIQUEZ
Sede:

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

El usuario declara haber recibido los servicios descritos en esta factura y se obliga a pagar al prestador de los mismos. el valor facturado VENCIMIENTO 30 DIAS a partir del cual se causaran intereses por mora. Si la cancelacion de este titulo valor se realiza con cheque, favor girar a nombre de la empresa con la leyenda o clausula "Paguese Unicamente al Primer Beneficiario".

RESOLUCION NO. 18764054047592 DEL 18/08/2023 DESDE EL NO. CIFE 382778 HASTA EL NO. CIFE 1000000 DESDE 2023-08-18 HASTA2024-08-18

CUFE: 2bd929197c7772ebee3dbd317917db77f3d66bba21ef27b5720589e882cd4d3151c0ea644c8d11a78995f13f58159d9f

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab