ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: AV LOS FUNDADORES Telefonos: 313 4980610
CALLE 9 No. 16 - 14
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764049729931 Fecha: 2023-05-31, vigencia de 12 meses FC 1 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC3036

Fecha Emision: 31/10/2023
Fecha Vencim: 30/11/2023

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA ARMADA	**Nit:**	901541302
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA ARMADA** **N°Contrato:** SERVICIOS POR EVENTO	**Telefono:**	5-6655360
Direccion:	Carrera 2 N°14-210 Avenida San Martin Entrada Bocagrande	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	ISABEL CITA CAMICO	**Identif:**	CC 42547392
Edad:	45A 0M 5D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/03/1979	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO ZONA INDIGENA	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 29/10/2023 **F.Egreso:** 30/10/2023	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	$ 0,00	$ 99.700,00	$ 99.700,00
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 102.800,00	$ 102.800,00
890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	1	$ 0,00	$ 99.700,00	$ 99.700,00
DERECHOS DE SALA					
5DSM01	S SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	1	$ 0,00	$ 147.800,00	$ 147.800,00
LABORATORIO CLINICO					
902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	1	$ 0,00	$ 43.300,00	$ 43.300,00
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	$ 0,00	$ 26.100,00	$ 26.100,00
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	1	$ 0,00	$ 63.200,00	$ 63.200,00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	1	$ 0,00	$ 35.500,00	$ 35.500,00
903809	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	1	$ 0,00	$ 41.800,00	$ 41.800,00
903856	NITROGENO UREICO	1	$ 0,00	$ 20.900,00	$ 20.900,00
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 25.100,00	$ 25.100,00
903813	CLORO	1	$ 0,00	$ 19.836,00	$ 19.836,00
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 51.200,00	$ 51.200,00
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 62.100,00	$ 62.100,00
903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	1	$ 0,00	$ 167.200,00	$ 167.200,00
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 43.300,00	$ 43.300,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0242	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.501,00	$ 2.501,00
INS0046	CATETER INTRAVENOSO 18 (YELCO)	1	$ 0,00	$ 3.848,00	$ 3.848,00
MATERIALES MEDICO-QUIRURGICO					
INS-0567	TAPON HEPARINIZADO	1	$ 0,00	$ 1.300,00	$ 1.300,00
INS-912	INHALOCAMARA ADULTO	1	$ 0,00	$ 32.785,00	$ 32.785,00
INS0328	JERINGA 10 ML DESECHABLE	2	$ 0,00	$ 574,00	$ 1.148,00
MEDICAMENTOS					
20013129-1	BROMURO DE IPRATROPIO 20 MCG/DOSIS INHALADOR	1	$ 0,00	$ 23.587,00	$ 23.587,00
20001675-1	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS INHALADOR BUCAL	1	$ 0,00	$ 11.389,00	$ 11.389,00

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: AV LOS FUNDADORES Telefonos: 313 4980610
CALLE 9 No. 16 - 14
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764049729931 Fecha: 2023-05-31, vigencia de 12 meses FC 1 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC3036

Fecha Emision: 31/10/2023
Fecha Vencim: 30/11/2023

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA ARMADA	**Nit:**	901541302
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA ARMADA** **N°Contrato:** SERVICIOS POR EVENTO	**Telefono:**	5-6655360
Direccion:	Carrera 2 N°14-210 Avenida San Martin Entrada Bocagrande	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	ISABEL CITA CAMICO	**Identif:**	CC 42547392
Edad:	45A 0M 5D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/03/1979	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO ZONA INDIGENA	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 29/10/2023 **F.Egreso:** 30/10/2023	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
20021498-6	CLORURO DE SODIO 0.9% 9 MG/ML 500 ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 14.794,00	$ 14.794,00
19962943-1	ATORVASTATINA 40 MG TABLETAS	1	$ 0,00	$ 205,00	$ 205,00
19936296-2	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG	1	$ 0,00	$ 42,00	$ 42,00
19965499-1	LOSARTAN 50MG TABLETAS RECUBIERTAS	1	$ 0,00	$ 99,00	$ 99,00
19992185-1	CLORURO DE POTASIO 2MEQ/10 ML INYECTABLE	2	$ 0,00	$ 5.884,00	$ 11.768,00
19935124-1	BECLOMETASONA 250 MCG/DOSIS INHALADOR	1	$ 0,00	$ 14.496,00	$ 14.496,00
19965499-1	LOSARTAN 50MG TABLETAS RECUBIERTAS	1	$ 0,00	$ 99,00	$ 99,00
19966043-1	AMLODIPINO 5 MG TABLETAS	1	$ 0,00	$ 36,00	$ 36,00
20005109-1	CARVEDILOL 12.5 MG TABLETAS	1	$ 0,00	$ 153,00	$ 153,00
19972247-1	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETAS	1	$ 0,00	$ 55,00	$ 55,00
19992185-1	CLORURO DE POTASIO 2MEQ/10 ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 5.884,00	$ 5.884,00
19993043-1	CLORURO DE SODIO 2MEQ/10 ML INYECTABLE	2	$ 0,00	$ 2.775,00	$ 5.550,00
19962943-1	ATORVASTATINA 40 MG TABLETAS	1	$ 0,00	$ 205,00	$ 205,00
19990648-1	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	1	$ 0,00	$ 174,00	$ 174,00
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	1	$ 0,00	$ 125.300,00	$ 125.300,00
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	2	$ 0,00	$ 85.600,00	$ 171.200,00

Son: Un millón cuatrocientos setenta y seis mil ciento cincuenta y tres pesos con cien centavos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 1.476.154

Observaciones:

Total Servicios	1.476.154,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	1.476.154,00

ISAIAS LOPEZ GONZALEZ
Facturador

ISABEL CITA CAMICO
Paciente

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: AV LOS FUNDADORES Telefonos: 313 4980610
CALLE 9 No. 16 - 14
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764049729931 Fecha: 2023-05-31, vigencia de 12 meses FC 1 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC3036

Fecha Emision: 31/10/2023
Fecha Vencim: 30/11/2023

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA ARMADA	**Nit:**	901541302
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA ARMADA** **N°Contrato:** SERVICIOS POR EVENTO	**Telefono:**	5-6655360
Direccion:	Carrera 2 N°14-210 Avenida San Martin Entrada Bocagrande	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	ISABEL CITA CAMICO	**Identif:**	CC 42547392
Edad:	45A 0M 5D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/03/1979	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO ZONA INDIGENA	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 29/10/2023 **F.Egreso:** 30/10/2023	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CUFE: 10b99a3b2638561e754b6501ce2035aba59f88e9ba16347f08f73a7b1271060dbf7978bc1554faf044b7ff261671ab42

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	42547392	PRIMER_APELLIDO	CITA
SEGUNDO_APELLIDO	CAMICO	PRIMER_NOMBRE	ISABEL
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Sin régimen
MODALIDAD_CONTRATACION	Por servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Ninguno
NUMERO_CONTRATO	SERVICIOS POR EVENTO	NUMERO_AUTORIZACION	0
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0