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: FC4966

Fecha Emision: 25/01/2024
Fecha Vencim: 24/02/2024

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:	JOHN HAROLD OBANDO ROSERO	**Identif:**	CC 1143993504
Edad:	25A 8M 28D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	3/08/1998	**Sexo:**	M
Direccion:	CENTRO	**Telefonos:**	
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 25/01/2024 **F.Egreso:** 25/01/2024	**Num Autorización:**	33655
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 101.200,00	$ 101.200,00

Son: Ciento un mil doscientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 101.200

Observaciones:

Total Servicios	101.200,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	101.200,00

SANDRA ANDREA GONZALEZ GONZALEZ
Facturador

JOHN HAROLD OBANDO ROSERO
Paciente

CUFE: 85d1416947afd95e67ebc8c45fd55e52c9d89bce114d1b3be32472f9b2058adc07df2bd37f6ee6e1d0bcc9001650378b

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1143993504	PRIMER_APELLIDO	OBANDO
SEGUNDO_APELLIDO	ROSERO	PRIMER_NOMBRE	JOHN
SEGUNDO_NOMBRE	HAROLD	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Sin régimen
MODALIDAD_CONTRATACION	Por servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Ninguno
NUMERO_CONTRATO	SERVICIOS POR EVENTO	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0