HOSPITAL DEPARTAMENTAL
FELIPE SUÁREZ E.S.E
SU BIENESTAR Y SALUD EN NUESTRAS MANOS

HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA
CALDAS
SALAMINA - CALDAS
NIT. 890801026 - 8
Tipo de Régimen: No Aplica
CL 3 # 9A 21 - 8595196
Código Prestador: 176530064601

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. FEHF322925

CUFE:7ca33363cc966cb4248a17439b08795d14a8ba3c8e0a07cc39789ccfe1bec8577014086e71571deeb8c07bc5126cb8f8

18764045384971 valida desde 2023-03-03 hasta 2024-03-02 Prefijo FEHF numeracion 200001 al 500000

FACTURAR A:	
NOMBRE :	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 - POLICIA
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT
NIT:	900339410
DIRECCIÓN:	Escuela Carabineros Manizales
TELÉFONO:	0
CIUDAD:	MANIZALES
PAÍS:	CO

NOMBRE:	RENDON AGUDELO EDGAR ALONSO
TIPO Y NO. DE ID DEL USUARIO:	- CC-70811577
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de Excepción cotizante
EDAD:	56 A
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 No. 10 38
TELÉFONO:	3113599549
MUNICIPIO:	SALAMINA
UNIDAD FUNCIONAL:	5 - U.F. APOYO DIAGNOSTICO
FECHA DE INGRESO Y EGRESO:	20240227 - 20240227
CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	176530064601

MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y PAGO	COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS	NÚMERO DE CONTRATO	NÚMERO DE POLIZA	PAGOS COMPARTIDOS EN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD	FECHA INICIO	FECHA FIN
12	13	88-5-20185-23			20240227	20240227

ORDEN SERV. O SUBFACTURA:	MÉDICO	ESPECIALIDAD	FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	MONEDA	FORMA DE PAGO:
V06-27520	ARIAS MURILLO JULIANA CAROLINA	BACTERIOLOGO	2024/02/27	2024/04/27	COP	Crédito Plazo 60 MEDIO DE PAGO: Acuerdo mutuo

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	903823	CREATININA DEPURACION	1	UNIDAD	$31,800	$31,800
2	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	UNIDAD	$19,800	$19,800
3	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	1	UNIDAD	$62,600	$62,600
4	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	1	UNIDAD	$15,700	$15,700
5	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL SERIAD (GUAYACO/EQUIVALENTE)	3	UNIDAD	$10,300	$30,900

TOTAL ÍTEMS: 5

OBSERVACIONES: #$16-01-02-040;086-5-20185-23;erika.ospina2599@correo.policia.gov.co#$

Facturado por:

VALOR EN LETRAS: CIENTO SESENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS

El pago no oportuno de la presente factura de venta, causará intereses de mora a la tasa máxima legal establecida por la Superintendencia Financiera. El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida presentación por razón de la persona que reciba la mercancía o servicio en sus dependencias y suscriba la factura de venta, para efectos de la aceptación del título valor (Art. 2 ley 1231/08). La presente factura de venta tiene el carácter de título valor. Por cumplir con la totalidad de los requisitos legales señalados en el artículo (3) Ley 1231 /08, se aplicarán a la presente factura de venta en lo pertinente, las normas relativas a la letra de cambio (Art. 7 Ley 1231/08). La presente factura se asimila a una letra de cambio.

SUBTOTAL	$160,800.00
DESCUENTO	$0.00
IVA	$0.00
TOTAL	$160,800.00

Apreciado cliente este documento no es endosable

Fecha de recibido:

Nombre:

Identificacion:

Firma:_____

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

Linea de negocio:

Fecha Generación Erp: 2024-02-27 05: 15:40 - Fecha Validación Dian: 2024-02-2706:06:25

© Copyright 2024. Documento creado por btw.com.co sujeto a condiciones y restricciones

EMPRESA: HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CAL
DIRECCION : CL 3 # 9A 21
EMAIL: correspondencia@esefelipesuarez.gov.co
NIT: 890.801.026 8
No. SGSSS:176530064601

ORDEN DE SERVICIO
NRO: V06 27520

FECHA EXP.:	Feb.27/2024 08:02	**F. VENCE:**	Feb.27/2024
CONTRATANTE:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA	**NIT:**	900.339.410-8
DIRECCION:	Escuela Carabineros Manizales	**TEL:**	
MODALIDA:	POR SERVICIO	**CODIGO:**	5.001
COBERTURA:	COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION		
FORMA PAGO:	CONTADO	**MED PAGO:**	Acuerdo mutuo

P.APELLIDO	RENDON	**S.APELLIDO**	AGUDELO	**P.NOMBRE:**	EDGAR
S.NOMBRE	ALONSO				
ID:	CC 70811577			**EDAD:**	56 Años
ESTRATO:					
MUNICIPIO:	SALAMINA			**TELEFONO:**	3113599549
TIPO:	ESPECIALES O DE EXCEPCION BENEFICIARIO				
N.SOPORTE:	V06 27520			**No. HISTORIA:**	99 70811577
FECHA INGRESO:	Feb.27/2024	**HORA**	08:00	**FCH. SALIDA:**	Feb.27/2024
HORA	08:00				
FECHA REMISION:	Feb.27/2024	**FCH. REAL ING.:**	Feb.27/2024	**UNID FUNCIONAL:**	U.F. APOYO DIAGNOSTICO
MEDICO:	ARIAS MURILLO JULIANA CAROLINA			**ESPECIALIDAD:**	BACTERIOLOGO
AUTORIZACION:	6987711			**No. DE POLIZA:**	
DIAGNOSTICO:	E785			**CONTRATO:**	86-5-20185-23

CODIGO	No.	No CR	DESCRIPCION	UNIDAD	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
903895	0000	02	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Autorizacion: 6987711	unidad	1	19,800.00	19,800.00
907012	0000	03	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL SERIAD [GUAYAC Autorizacion: 6987711	unidad	3	10,300.00	30,900.00
903026	0000	02	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIA Autorizacion: 6987711	unidad	1	62,600.00	62,600.00
903823	0000	03	CREATININA DEPURACION Autorizacion: 6987711	unidad	1	31,800.00	31,800.00
903862	0000	02	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS Autorizacion: 6987711	unidad	1	15,700.00	15,700.00

VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS:		**TOT LINEAS**	5	160,800.00
MENOS EL VALOR PAGADO POR:	RENDON AGUDELO EDGAR ALONSO			0.00
EL TOTAL A PAGAR POR:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA			160,800.00

SON: CIENTO SESENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M.L.

OBSERVACIONES:

CLAUDIA YOLIMA ARANGO RAMIREZ					
ELABORADO	**FIRMA PACIENTE**		**RECIBI**		**RESPONSABLE HOSPITAL**

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 6987711 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 17/2/2024 10:43:19

Información del Prestador

Nombre	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	**Identificación Prestador**	890801026
Departamento	CALDAS	**Municipio**	SALAMINA
Dirección	CL3 9A 21 SALAMINA CALDAS	**Teléfono**	968595306

Información del Paciente

Nombre	EDGAR ALONSO RENDON AGUDELO	**Identificación Paciente**	70811577
Departamento	CALDAS	**Municipio**	SALAMINA
Dirección	CARRERA 6 NO. 10-38	**Teléfono**	3113599549
Fecha de Nacimiento	12/1/1968		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	1
903823	CREATININA DEPURACION	1
903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	1
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

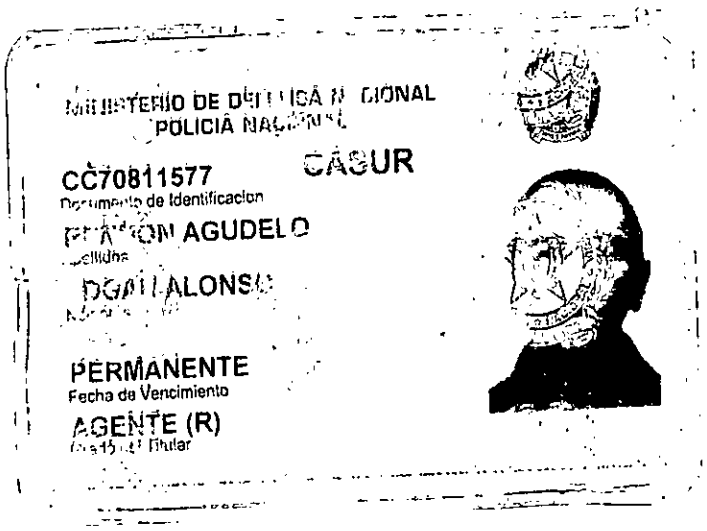
Observaciones PACIENTE QUIEN REQUIERE EXAMENES DE LABORATORIO,AUTORIZACION SUJETA A VERIFICACION POR CUENTAS MEDICAS

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200185-23.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	JULIAN DAVID CARDONA HINCAPIE
Registro Médico	0
Cargo	SUBINTENDENTE
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CASUR

CC70811577
Documento de Identificacion

PERAZON AGUDELO
Apellidos

DGAR ALONSO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

AGENTE (R)
Grado del Titular



12-ENE-1968
Fecha de nacimiento

000919225
Numero de carné

O +
GS Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS
Nit: 890.801.026-8

ORDEN DE LABORATORIO

Docto Nro: W05 38795
Fecha: Feb.15/2024

Nombre:	RENDON AGUDELO EDGAR ALONSO	Edad:	56 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3113599549	Estrato:	OTRO-		
Historia:	70811577	Id:	CC 70.811.577		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S	Nro Aten:	1		
T.Atencion:	AMBULATORIA	Codigo Dx:	E785		

CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES	CANTIDAD
903823	CREATININA DEPURACION - INSTITUCIONAL		1
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - INSTITUCIONAL		1
903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL - INSTITUCIONAL		1
903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS - INSTITUCIONAL		1
907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIA - INSTITUCIONAL	SERIADO	3

Observaciones:

Firma usuario: _____ Cedula: 70'811577		Medico:RAIGOSA ARANGO MARIA CRISTINA	Firma
Fecha Sistema:15/02/2024 Hora:15:18:18	Pagina: 1 de 1 Imprime: MED10	Cedula: 30.273.075 Registro:	

	HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS Nit: 890.801.026-8		
HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ E.S.E.	**RESULTADOS DE LABORATORIO**	Docto: RL 36683	Fecha: Feb.27/2024

Nombre:	RENDON AGUDELO EDGAR ALONSO	Edad:	56 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3113599549	Estrato:	OTRO-		
Historia:	70811577	Id:	CC 70.811.577		
Estado Civil:	CASADO	Factura:	V06 27520		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S				

ANALISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
COPROLOGICOS		
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL SERIAD [GUAYACO/EQUIVALENTE]		
RESULTADO MX 1	NEGATIVO	NEGATIVO -
RESULTADO MX 2	NEGATIVO	NEGATIVO -
RESULTADO MX 3	NEGATIVO	NEGATIVO -
BIOQUIMICA		
CREATININA DEPURACION		
DEPURACION DE CREATININA	100.1	60 a 120 ml/min -
CREATININA EN SUERO	1.09	0.5 a 1.1 mg/dL -
CREATININA EN ORINA	78.8	40 a 120 mg/dL -
VOLUMEN DE ORINA	2'100 ml	750 a 1600 Ml/24 Hor -
PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		
RESULTADO	51	-
PROTEINURIA (EMBARAZADAS)	.	<160 mg/ 24 horas -
PROTEINURIA (NIÑOS Y ADULTOS)	.	30-140 mg/ 24 horas -
VOLUMEN DE ORINA	2'100 ml	800 - 2000 mL/24H -

Responsable: ARIAS MURILLO JULIANA CAROLINA Reg.

**** FIN REPORTE ****

	HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS **Nit: 890.801.026-8**		
	RESULTADOS DE LABORATORIO	Docto:	RL 36536
		Fecha:	Feb.27/2024

Nombre:	RENDON AGUDELO EDGAR ALONSO	Edad:	56 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3113599549	Estrato:	OTRO-		
Historia:	70811577	Id:	CC 70.811.577		
Estado Civil:	CASADO	Factura:	V06 27520		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S				

ANALISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
BIOQUIMICA		
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		
MAL	8.4	<20 ug/ml -
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
CREA	1.09	HOMBRE: 0.9-1.3 mg/dl * MUJER: 0.6-1.1 mg/dl -

Responsable: ARIAS MURILLO JULIANA CAROLINA Reg.

**** FIN REPORTE ****

Imprime: FACOR1
Fecha Sistema:29/02/2024
Hora:18:26:39