



HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CAL

Nit: 890.801.026-8

Numero Oficio De Envío: **RAD 2091**

Salamina (Caldas), Abr.03/2024.

Señores

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA

900.339.410-8

Contrato: 86-5-20185-23

Asunto: **Envío de Facturas para su Radicación.**

De manera atenta anexo las Facturas, en el presente cuadro:

Tipo	Número	Fecha Factura	Valor Facturado
FEHF	337603	Mar.31/2024	206,300.00
FEHF	337604	Mar.31/2024	404,000.00
FEHF	337605	Mar.31/2024	169,400.00
FEHF	337606	Mar.31/2024	149,300.00
FEHF	337607	Mar.31/2024	88,100.00
FEHF	337608	Mar.31/2024	249,600.00
Total Reg:	6	Total:	1,266,700.00

En caso de recibir facturas físicas que no estén relacionadas en la lista anterior, por favor devolverlas al área de facturación.

Se anexa los RIPS en medio magnético (cd)

Cualquier información adicional a la presente, comunicarse con el grupo de Cartera.

Cordialmente.

**NOMBRE
FACTURACION**