



HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CAL

Nit: 890.801.026-8

Numero Oficio De Envío: **RAD 2092**

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	337609	Mar.31/2024	84,100.00
FEHF	337610	Mar.31/2024	314,100.00
FEHF	337611	Mar.31/2024	176,700.00
FEHF	337612	Mar.31/2024	156,800.00
FEHF	337613	Mar.31/2024	128,500.00
Total Reg:	5	Total:	860,200.00

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**