# HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAGRADO CORAZON
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CALDAS
810000912-0

Numeración de facturación electrónica del Nº FE59885 al FE100000, según resolución DIAN Nº 18764074219115 del 03 de julio de 2024

**Fecha Factura:** 2024-10-24
**Fecha de vencimiento:** 2024-10-24

**Factura Electrónica de Venta No: FE62991**

CLIENTE

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 2 CONTRATO 85-5-20166-24

NIT 900419719 (CRA 22 SUR 26A 21 NEIVA)

Por concepto de servicios médicos hospitalarios, prestados a sus afiliados, durante el periodo:

2024-09-01 al 2024-10-23

**Según Admisiones que se relacionan y se adjuntan**

| Item | Admisión No. | Nombre del usuario | Identificacion | Cant | Vr Unitario | Total | Autorización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 329890 | MARIN VALENCIA MARIA HELENA | CC 1128627476 | Farmacia | 2024-10-09 | | 0 |
| 53560-5 | Acetaminofén 500 mg tableta | | | 9 | 120 | 1,080 | |
| 29698-3 | Amoxicilina 500 mg de base tableta o cápsula | | | 21 | 615 | 12,915 | |
| | *TOTAL ADMISIÓN* | 13,995 | *COPAGO* | 0 | *SUBTOTAL ADMISIÓN* | | 13,995 |
| 2 | 330627 | MARIN VALENCIA MARIA HELENA | CC 1128627476 | Odontología | 2024-10-09 | | 0 |
| 890703 | CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIAS | | | 1 | 30,784 | 30,784 | |
| | *TOTAL ADMISIÓN* | 30,784 | *COPAGO* | 0 | *SUBTOTAL ADMISIÓN* | | 30,784 |

Son: **CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**

**Total Factura:** 44,779.00
**Total copágo:** 0.00

**Neto a pagar:** 44,779.00

**Una vez realizada la consignación favor enviar la relación de facturas canceladas, al siguiente correo electronico hospitalnorcasia@hotmail.com**

CUFE: 59167f619d9d619f414a9d7cddd86c95a445951475ed18d228620e1a7389300de8806a052fcdc713bf98079bc2697a3c

Elaborado por
MARIA AMPARO CARDONA HERNANDEZ
JEFE FACTURACION

Recibí Conforme

**Se anexa soporte con Firma del Usuario en declaración de servicios prestados**