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

Numero Oficio De Envió: **RAD 2295**

Salamina (Caldas), Ago.06/2024.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA
900.339.410-8
Contrato: **86-5-20078-24**

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

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

Tipo	Número	Fecha Factura	Valor Facturado
FEHF	382349	Ago.01/2024	232,800.00
FEHF	382350	Ago.01/2024	274,600.00
FEHF	382351	Ago.01/2024	81,400.00
FEHF	382352	Ago.01/2024	1,424.00
FEHF	382353	Ago.01/2024	49,400.00
FEHF	382354	Ago.01/2024	194,400.00
FEHF	382355	Ago.01/2024	90,400.00
FEHF	382356	Ago.01/2024	49,400.00
FEHF	382357	Ago.01/2024	140,400.00
FEHF	382359	Ago.01/2024	49,400.00
FEHF	382360	Ago.01/2024	49,400.00
FEHF	382361	Ago.01/2024	49,400.00
FEHF	382362	Ago.01/2024	49,400.00
FEHF	382363	Ago.01/2024	49,400.00
Total Reg:	14	Total:	1,361,224.00

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.

Calle 3 No. 9A-21; Teléfono: (57) 606 8595196, Correo electrónico: facturacionelectronica@esefelipesuarez.gov.co

Cordialmente.

NOMBRE
FACTURACION

Calle 3 No. 9A-21; Teléfono: (57) 606 8595196, Correo electrónico: facturacionelectronica@esefelipesuarez.gov.co