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

Numero Oficio De Envió: **RAD 2346**

Salamina (Caldas), Sep.25/2024.

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	394688	Sep.13/2024	3,588,100.00
FEHF	401536	Sep.24/2024	622,300.00
Total Reg:	2	Total:	4,210,400.00

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

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