E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

78ae91aa4b2479fcd8632912542858ae5989d32665dc842cbad4d46474a8f2697b9386d39a3ec3d51d5f18192396b3de

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4139446

Entidad	66682	MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL	**Fecha de la factura:**
Dirección	CRA 14 CALLE 12 ESQ		**06 nov. 2024 10:30 a.m.**
Plan	02350001	MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL	
NIT	891480033- 4		**Teléfono** 3660991

Paciente	1091279495	SHERITH VALERIA RENDON GARCIA	
Tipo	Vinculado	**Edad** 6 Años / 0 Meses / 23	
Estrato	13	ESTRATO PAGA 0%	**Sexo** Femenino
Centro	01	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	**Ingreso** 4797289
Empresa			**Fec Ingreso** 05 nov. 2024 03:00 p.m.
Código IPS	666820069601		**Fec Egreso** 06 nov. 2024 10:29 a.m.
		*** TOPE CUMPLIDO***	**Facturador** KEVIN GARCIA GARCIA

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$81,400.00	$0.00	$81,400.00
LABORATORIO CLÍNICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1.00	$34,300.00	$0.00	$34,300.00
907106	URCANALISIS	1.00	$21,900.00	$0.00	$21,900.00
ESTANCIAS					
5DSB11	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	1.00	$93,200.00	$0.00	$93,200.00
MATERIALES E INSUMOS					
12547.027.001	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/A SITIO EN Y (MR0001MP)	1.00	$2,623.00	$0.00	$2,623.00
14165.031.010	TAPON PARA CATETER	1.00	$4,628.00	$0.00	$4,628.00
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	1.00	$247.00	$0.00	$247.00
4580.167.010	JERINGA DESECHABLE 1 ML AGUJA 27 X 1/2"	1.00	$319.00	$0.00	$319.00
4743.008.025	JERINGA DESECHABLE 20ML AGUJA 21 X1 1/2"	1.00	$572.00	$0.00	$572.00
7392.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.24	2.00	$2,737.00	$0.00	$5,474.00
MEDICAMENTOS POS					
20054691-1	TRAMADOL CLORHIDRATO 50MG/1ML AMPOLLA	1.00	$775.00	$0.00	$775.00
20055558-2	SOLUCION SALINA NORMAL 9%.BOLSA X 500ML	1.00	$3,688.00	$0.00	$3,688.00
20069361-4	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML.AMPOLLA	1.00	$1,037.00	$0.00	$1,037.00
207411-4	ACETAMINOFEN 150 MG / 5 ML JARABE	1.00	$2,679.00	$0.00	$2,679.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$252,842.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$0.00
VALOR ANTICIPO	$0.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$0.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR DESCUENTO	$0.00
VALOR FRANQUICIA	$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$252,842.00

TOTAL: DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH1,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE
SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

78ae91aa4b2479fcd8632912542858ae5989d32665dc842cbad4d46474a8f2697b9386d39a3ec3d51d5f18192396b3de

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4139446

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4

Fecha de la factura:
06 nov. 2024 10:30 a.m.

Teléfono 3660991

Paciente 1091279495 SHERITH VALERIA RENDON GARCIA
Tipo Vinculado **Edad** 6 Años / 0 Meses / 23
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Femenino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4797289
Empresa **Fec Ingreso** 05 nov. 2024 03:00 p.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 06 nov. 2024 10:29 a.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** KEVIN GARCIA GARCIA

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT

ELABORO LIQUIDACION Y CARTERA FIRMA Y HUELLA PACIENTE AUDITOR

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6508570 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

4f89d41fd37b0e6f1a91ef576d805878b74384b7e26458100656643f104f6a1a219fb8b67888f6a0a8d661fd1be20bf4

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4140009

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4
Teléfono 3660991

Fecha de la factura:
09 nov. 2024 01:38 a.m.

Paciente 9763771 RUBEN DARIO ESCOBAR GAVIRIA
Tipo Vinculado **Edad** 51 Años / 11 Meses /
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4798644
Empresa **Fec Ingreso** 07 nov. 2024 10:09 a.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 07 nov. 2024 11:40 a.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** KELLY JOHANA BROME ZAP

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$81,400.00	$0.00	$81,400.00
MATERIALES E INSUMOS					
12547.027.001	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/A SITIO EN Y (MR0001MP)	1.00	$2,623.00	$0.00	$2,623.00
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	1.00	$247.00	$0.00	$247.00
4743.008.025	JERINGA DESECHABLE 20ML AGUJA 21 X1 1/2"	1.00	$572.00	$0.00	$572.00
5719.122.001	JERINGA DESECHABLE 2ML 21 X1 1/2	1.00	$226.00	$0.00	$226.00
7391.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.22	1.00	$3,055.00	$0.00	$3,055.00
MEDICAMENTOS POS					
19993923-15	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML.AMPOLLA	1.00	$1,037.00	$0.00	$1,037.00
32606-2	LACTATO DE RINGER / SOL. HARTMAN 500 ML - 600MG/310MG/30MG/2 BOLSA	2.00	$3,776.00	$0.00	$7,552.00
34363-4	DIPIRONA 1 G / 2 ML AMPOLLA	1.00	$756.00	$0.00	$756.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$97,468.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$0.00
VALOR ANTICIPO	$0.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$0.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR DESCUENTO	$0.00
VALOR FRANQUICIA	$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$97,468.00

TOTAL: NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

64de3214ecb9dd137b2948d59ea6a9c77f62195fd54afbaff4e101f8f8063032df1d107a1b51223e8088dbec8619c3ee

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4140266

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4
Teléfono 3660991

Fecha de la factura:
11 nov. 2024 08:15 p.m.

Paciente 1091279495 SHERITH VALERIA RENDON GARCIA
Tipo Vinculado **Edad** 6 Años / 0 Meses / 28
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Femenino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4797863
Empresa **Fec Ingreso** 06 nov. 2024 10:31 a.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 06 nov. 2024 02:18 p.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** KEVIN GARCIA GARCIA

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$81,400.00	$0.00	$81,400.00
MATERIALES E INSUMOS					
4743.008.025	JERINGA DESECHABLE 20ML AGUJA 21 X1 1/2"	1.00	$572.00	$0.00	$572.00
7391.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.22	1.00	$3,055.00	$0.00	$3,055.00
MEDICAMENTOS POS					
19997616-7	HIOSCINA BUTILBROMURO 20MG/ML.AMPOLLA [CUMS : 225064-07]	1.00	$1,573.00	$0.00	$1,573.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$86,600.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$0.00
VALOR ANTICIPO	$0.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$0.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR DESCUENTO	$0.00
VALOR FRANQUICIA	$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$86,600.00

TOTAL: OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4140372

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4
Fecha de la factura: 12 nov. 2024 09:54 a.m.
Teléfono 3660991

Paciente 1006209446 SERGIO ANDRES FRANCO FRANCO
Tipo Vinculado **Edad** 35 Años / 10 Meses /
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4800065
Empresa **Fec Ingreso** 10 nov. 2024 02:29 a.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 12 nov. 2024 09:54 a.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** NELSON ANDRES GIRALDO

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$81,400.00	$0.00	$81,400.00
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	1.00	$23,100.00	$0.00	$23,100.00
DERECHOS DE SALA					
5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUENA CIRUGIA (SUTURAS)	1.00	$67,800.00	$0.00	$67,800.00
MATERIALES E INSUMOS					
10158.038.038	BATA DE BIOSEGURIDAD MANGALARGA TALLA M.UNIDAD	1.00	$0.00	$0.00	$0.00
12547.027.001	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/A SITIO EN Y (MR0001MP)	1.00	$2,623.00	$0.00	$2,623.00
14165.031.010	TAPON PARA CATETER [CUMS : 20135113]	1.00	$4,628.00	$0.00	$4,628.00
4353.365.525	CANULA NASAL ADULTO	1.00	$1,725.00	$0.00	$1,725.00
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	2.00	$247.00	$0.00	$494.00
4424.214.022	JERINGA DESECHABLE 10 ML AGUJA 21 X1 1/2"	2.00	$410.00	$0.00	$820.00
7389.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.18.	1.00	$3,055.00	$0.00	$3,055.00
8884.365.525	HUMIDIFICADOR DESECHABLE UNIDAD	1.00	$8,083.00	$0.00	$8,083.00
MEDICAMENTOS POS					
15180101002-2	OXIGENO TERMO LIQUIDO [CUMS : 50423-17]	70.00	$19.00	$0.00	$1,330.00
20046007-1	TOXOIDE TETANICO 40UI 1DOSIS/0,5ML [CUMS : 20046007-2]	1.00	$23,219.00	$0.00	$23,219.00
20055558-2	SOLUCION SALINA NORMAL 9%.BOLSA X 500ML [CUMS : 29523-05]	5.00	$3,688.00	$0.00	$18,440.00
230149-4	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA [CUMS : 19934768-18]	1.00	$700.00	$0.00	$700.00
TRASLADO DE PACIENTES					
602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	1.00	$307,000.00	$0.00	$307,000.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$544,417.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$0.00
VALOR ANTICIPO	$0.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$0.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR DESCUENTO	$0.00

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE
SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

f15252c9c7002d5e47922f173fe8c41bbde0ef5835ac8fe8300a9b00a44f320d4011f466a52f3360ca8937406cd9fba

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4140372

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4

Fecha de la factura:
12 nov. 2024 09:54 a.m.

Teléfono 3660991

Paciente 1006209446 SERGIO ANDRES FRANCO FRANCO
Tipo Vinculado **Edad** 35 Años / 10 Meses /
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4800065
Empresa **Fec Ingreso** 10 nov. 2024 02:29 a.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 12 nov. 2024 09:54 a.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** NELSON ANDRES GIRALDO

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
VALOR FRANQUICIA					$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO					$544,417.00

TOTAL: QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6508170 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

b31f40a225228836f8623487e45d443b767740f5104d2ebb30bd12d1463b87634bbe20b0f4388103713f4a19f577d9ae

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4140886

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4
Fecha de la factura: 14 nov. 2024 10:44 a.m.
Teléfono 3660991

Paciente 1093220564 ARIEL CARDONA RIVERA
Tipo Otro **Edad** 45 Años / 5 Meses / 2
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4800035
Empresa **Fec Ingreso** 09 nov. 2024 05:21 p.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 14 nov. 2024 10:43 a.m.
Facturador LAURA NORELLY SERNA GO

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$81,400.00	$0.00	$81,400.00
MATERIALES E INSUMOS					
12547.027.001	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/A SITIO EN Y (MR0001MP)	1.00	$2,623.00	$0.00	$2,623.00
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	3.00	$247.00	$0.00	$741.00
7390.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.20	1.00	$3,055.00	$0.00	$3,055.00
MEDICAMENTOS POS					
19903694-4	HIOSCINA 20 MG + DIPIRONA 2,5 G AMPOLLA	1.00	$2,219.00	$0.00	$2,219.00
20019105-6	DEXAMETASONA 8 MG/ML.AMPOLLA	1.00	$751.00	$0.00	$751.00
20055558-2	SOLUCION SALINA NORMAL 9%.BOLSA X 500ML	1.00	$3,688.00	$0.00	$3,688.00
230149-4	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA	1.00	$700.00	$0.00	$700.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$95,177.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$0.00
VALOR ANTICIPO	$0.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$0.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR DESCUENTO	$0.00
VALOR FRANQUICIA	$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$95,177.00

TOTAL: NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO SETENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

8963c3a519ccf1e20623e354bf828527f3d461d5bf45d2baf32aca3addfbfc526198ea0c98d0205259f19d2cc7be0b3

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4141009

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Fecha de la factura: **14 nov. 2024 08:07 p.m.**
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4
Teléfono 3660991

Paciente 1054990278 JHON GREGORI GALVIS VELASQUEZ
Tipo Vinculado **Edad** 35 Años / 1 Meses / 1
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4802833
Empresa **Fec Ingreso** 14 nov. 2024 04:08 p.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 14 nov. 2024 08:02 p.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** KELLY VANESSA LOPEZ COR

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$81,400.00	$44,600.00	$36,800.00
LABORATORIO CLÍNICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1.00	$34,300.00	$0.00	$34,300.00
MATERIALES E INSUMOS					
12547.027.001	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/A SITIO EN Y (MR0001MP)	1.00	$2,623.00	$0.00	$2,623.00
14165.031.010	TAPON PARA CATETER [CUMS : 20135113]	1.00	$4,628.00	$0.00	$4,628.00
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	1.00	$247.00	$0.00	$247.00
4424.347.492	JERINGA DESECHABLE 10 ML AGUJA 21X1 1/2"	1.00	$410.00	$0.00	$410.00
7390.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.20	2.00	$3,055.00	$0.00	$6,110.00
MEDICAMENTOS POS					
20044344-1	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA [CUMS : 19922566-1]	2.00	$5,492.00	$0.00	$10,984.00
20055558-2	SOLUCION SALINA NORMAL 9%.BOLSA X 500ML [CUMS : 29523-05]	1.00	$3,688.00	$0.00	$3,688.00
20055558-6	SOLUCION SALINA NORMAL - 9% BOLSA 100 ML [CUMS : 20055558-6]	1.00	$3,570.00	$0.00	$3,570.00
230149-4	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA [CUMS : 19934768-18]	1.00	$700.00	$0.00	$700.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$148,660.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$44,600.00
VALOR ANTICIPO	$0.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$44,600.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR DESCUENTO	$0.00
VALOR FRANQUICIA	$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$104,060.00

TOTAL: CIENTO CUATRO MIL SESENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4141563

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4

Fecha de la factura:
19 nov. 2024 10:45 a.m.
Teléfono 3660991

Paciente 102558888 MARYI AGUIRRE ARREDONDO
Tipo Vinculado **Edad** 24 Años / 10 Meses /
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Femenino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4802137
Empresa **Fec Ingreso** 13 nov. 2024 08:30 p.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 15 nov. 2024 03:18 p.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** KELLY JOHANA BROME ZAP

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	2.00	$62,100.00	$0.00	$124,200.00
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$81,400.00	$0.00	$81,400.00
LABORATORIO CLÍNICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1.00	$34,300.00	$0.00	$34,300.00
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1.00	$35,900.00	$0.00	$35,900.00
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1.00	$35,900.00	$0.00	$35,900.00
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1.00	$19,800.00	$0.00	$19,800.00
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	1.00	$66,800.00	$0.00	$66,800.00
906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	1.00	$118,600.00	$0.00	$118,600.00
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	1.00	$21,900.00	$0.00	$21,900.00
ESTANCIAS					
129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	2.00	$252,700.00	$0.00	$505,400.00
MATERIALES E INSUMOS					
14165.031.010	TAPON PARA CATETER	1.00	$4,628.00	$0.00	$4,628.00
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	3.00	$247.00	$0.00	$741.00
4580.167.010	JERINGA DESECHABLE 1 ML AGUJA 27 X 1/2"	1.00	$319.00	$0.00	$319.00
5310.214.010	AGUJA HIPODERMICA DESECHABLE NRO.21 X 1 1/2"UNIDAD	1.00	$94.00	$0.00	$94.00
7390.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.20	1.00	$3,055.00	$0.00	$3,055.00
MEDICAMENTOS POS					
19984022-1	MIDAZOLAM 5MG/5ML (0,1%).AMPOLLA	1.00	$6,281.00	$0.00	$6,281.00
20037652-3	HALOPERIDOL 5MG/1U	1.00	$159.00	$0.00	$159.00
227599-1	LORAZEPAM 2MG/1U	10.00	$79.00	$0.00	$790.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS $1,060,267.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION $0.00

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE
SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

70c99ac26f1b614c14aef8937fbabdaf772dbf3b1450024295b3fd33ff458461ef2d3694c6449359c2380c77f45f6a8
2

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4141563

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4

Fecha de la factura:
19 nov. 2024 10:45 a.m.

Teléfono 3660991

Paciente 102558888 MARYI AGUIRRE ARREDONDO
Tipo Vinculado **Edad** 24 Años / 10 Meses /
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Femenino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4802137
Empresa **Fec Ingreso** 13 nov. 2024 08:30 p.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 15 nov. 2024 03:18 p.m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** KELLY JOHANA BROME ZAP

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
VALOR ANTICIPO					$0.00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO					$0.00
VALOR IVA					$0.00
VALOR DESCUENTO					$0.00
VALOR FRANQUICIA					$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO					$1,060,267.00

TOTAL: UN MILLON SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4,116,531 AL SVPH8,867,734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4142710

Entidad 66682 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Dirección CRA 14 CALLE 12 ESQ
Plan 02350001 MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
NIT 891480033- 4
Teléfono 3660991

Fecha de la factura:
26 nov. 2024 10:59 a. m.

Paciente 1004529603 ANA VALERIA MUNERA SUAREZ
Tipo Vinculado **Edad** 23 Años / 2 Meses / 9
Estrato 11 SISBEN NIVEL 3 **Sexo** Femenino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4808452
Empresa **Fec Ingreso** 24 nov. 2024 01:31 p. m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 26 nov. 2024 10:58 a. m.
Facturador DANNA VALENTINA BETANC

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	2,00	$ 62.100,00	$ 37.260,00	$ 86.940,00
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1,00	$ 81.400,00	$ 24.420,10	$ 56.979,90
LABORATORIO CLÍNICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	2,00	$ 34.300,00	$ 20.580,00	$ 48.020,00
906305	ARBOVIRUS ANTIGENO	1,00	$ 153.800,00	$ 46.140,00	$ 107.660,00
ESTANCIAS					
129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	2,00	$ 252.700,00	$ 151.620,00	$ 353.780,00
MATERIALES E INSUMOS					
12547.027.001	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/A SITIO EN Y (MR0001MP)	1,00	$ 2.623,00	$ 786,90	$ 1.836,10
14165.031.010	TAPON PARA CATETER	1,00	$ 4.628,00	$ 1.388,40	$ 3.239,60
7391.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.22	1,00	$ 3.055,00	$ 916,00	$ 2.139,00
MEDICAMENTOS POS					
20055558-2	SOLUCION SALINA NORMAL 9%.BOLSA X 500ML	4,00	$ 3.688,00	$ 4.425,60	$ 10.326,40
25040-1	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS	7,00	$ 75,00	$ 154,00	$ 371,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 958.983,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$ 287.691,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$ 287.691,00
VALOR IVA	$ 0,00
VALOR DESCUENTO	$ 0,00
VALOR FRANQUICIA	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 671.292,00

TOTAL: SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764075015804 DEL 13 jul. 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL SVPH4.116.531 AL SVPH8.867.734. VIGENCIA 13 jul. 2024-13 jul. 2025

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]