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

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6300870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

2a51b9b92e3c64d13dbe468c9f4fef6ce867c0693b39b15e508e97f41b58975940c6f8f2d719a6a1fb80a917d26bfc2f

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4160528

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: 03 mar. 2025 03:55 a.m.
Teléfono 3660991

Paciente 4512710 JHON JAIRO RIOS TORO
Tipo Otro **Edad** 55 Años / 9 Meses / 3
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4866389
Empresa **Fec Ingreso** 01 mar. 2025 03:48 p.m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 03 mar. 2025 03:54 a.m.
Facturador KELLY VANESSA LOPEZ COR

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1.00	$85,800.00	$0.00	$85,800.00
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	1.00	$57,800.00	$0.00	$57,800.00
DERECHOS DE SALA					
5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUENA CIRUGIA (SUTURAS)	1.00	$71,500.00	$0.00	$71,500.00
MATERIALES E INSUMOS					
5719.347.492	JERINGA DESECHABLE 2ML 21 X1 1/2	1.00	$226.00	$0.00	$226.00
MEDICAMENTOS POS					
20046007-1	TOXOIDE TETANICO 40UI 1DOSIS/0,5ML [CUMS : 20046007-2]	1.00	$23,219.00	$0.00	$23,219.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$238,545.00
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	$238,545.00

TOTAL: DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO 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

62df9dc8569e5be2dcd6db609c2310bf1eb83a116f2b5fdedba5d0113f07f6ac1e456d83188aec61babdcb5b9a41f34c

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4162187

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: 07 mar. 2025 09:40 a. m.
Teléfono 3660991

Paciente 1093222917 MARIA CRISTINA DIAZ TRUJILLO
Tipo Otro **Edad** 31 Años / 5 Meses / 1
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Femenino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4868406
Empresa **Fec Ingreso** 04 mar. 2025 07:41 p. m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 05 mar. 2025 01:18 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	$ 85.800,00	$ 0,00	$ 85.800,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 85.800,00
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	$ 85.800,00

TOTAL: OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS 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

8116b0cb82b5725fc1dcdc41a0782f0f0cde202c878304b77ef2249e4997bb33798d6beb4617adea1f6e308e6691542f

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4164594

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: 16 mar. 2025 10:08 p. m.
Teléfono 3660991

Paciente 1088295652 JOSE HERNAN GOMEZ GONZALEZ
Tipo Vinculado **Edad** 34 Años / 7 Meses / 1
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4876339
Empresa **Fec Ingreso** 15 mar. 2025 07:46 a. m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 15 mar. 2025 11:37 a. m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** LAURA NORELLY SERNA GO

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1,00	$ 85.800,00	$ 0,00	$ 85.800,00
MATERIALES E INSUMOS					
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	1,00	$ 259,00	$ 0,00	$ 259,00
MEDICAMENTOS POS					
19934768-18	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA	1,00	$ 946,00	$ 0,00	$ 946,00
IMAGENOLOGÍA					
871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	1,00	$ 104.800,00	$ 0,00	$ 104.800,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 191.805,00
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	$ 191.805,00

TOTAL: CIENTO NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCO 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

14dac1eb54d005bbdcffb78c3c3748c656b5bf620c4a381c80a6de8cc48376dd686a4d30bcaf67dabb05e0395a3a32
ee

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4166598

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:
20 mar. 2025 02:59 p. m.

Teléfono 3660991

Paciente 1097407814 PABLO ANDRES ESCOBAR USUGA
Tipo Vinculado **Edad** 26 Años / 1 Meses / 2
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4865297
Empresa **Fec Ingreso** 27 feb. 2025 08:29 p. m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 02 mar. 2025 02:14 p. m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** DIANA CAROLINA OROZCO

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS					
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	3,00	$ 65.500,00	$ 0,00	$ 196.500,00
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1,00	$ 85.800,00	$ 0,00	$ 85.800,00
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	$ 36.200,00	$ 0,00	$ 36.200,00
906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	1,00	$ 142.500,00	$ 0,00	$ 142.500,00
ESTANCIAS					
129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	2,00	$ 255.600,00	$ 0,00	$ 511.200,00
129B02-1	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE- CUATRO O MAS	1,00	$ 209.000,00	$ 0,00	$ 209.000,00
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
13607.107.026	BURETA 150ML	1,00	$ 6.460,00	$ 0,00	$ 6.460,00
14165.031.010	TAPON PARA CATETER	2,00	$ 4.628,00	$ 0,00	$ 9.256,00
4422.167.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	2,00	$ 259,00	$ 0,00	$ 518,00
4422.214.038	JERINGA DESECHABLE 5ML AGUJA 21 X1 1/2"	7,00	$ 247,00	$ 0,00	$ 1.729,00
4424.214.022	JERINGA DESECHABLE 10 ML AGUJA 21 X1 1/2"	5,00	$ 410,00	$ 0,00	$ 2.050,00
4424.347.492	JERINGA DESECHABLE 10 ML AGUJA 21X1 1/2"	5,00	$ 410,00	$ 0,00	$ 2.050,00
4743.214.038	JERINGA DESECHABLE 20 ML AGUJA21X1 1/2"	2,00	$ 572,00	$ 0,00	$ 1.144,00
5719.122.001	JERINGA DESECHABLE 2ML 21 X1 1/2	1,00	$ 226,00	$ 0,00	$ 226,00
7390.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.20	2,00	$ 3.055,00	$ 0,00	$ 6.110,00
7391.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.22	1,00	$ 3.055,00	$ 0,00	$ 3.055,00
MEDICAMENTOS POS					
19993036-8	DIPIRONA 1 G / 2 ML AMPOLLA	1,00	$ 756,00	$ 0,00	$ 756,00
20017924-4	CLINDAMICINA - 600MG/4ML. AMPOLLA	12,00	$ 3.134,00	$ 0,00	$ 37.608,00
20046007-1	TOXOIDE TETANICO 40UI 1DOSIS/0,5ML	1,00	$ 23.241,00	$ 0,00	$ 23.241,00
20055558-2	SOLUCION SALINA NORMAL 9%.BOLSA X 500ML	3,00	$ 3.908,00	$ 0,00	$ 11.724,00
20140348-2	OXACILINA SODICA 1G/1U	6,00	$ 2.490,00	$ 0,00	$ 14.940,00

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

14dac1eb54d005bbdcffb78c3c3748c656b5bf620c4a381c80a6de8cc48376dd686a4d30bcaf67dabb05e0395a3a32ee

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA SVPH4166598

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:
20 mar. 2025 02:59 p. m.

Teléfono 3660991

Paciente 1097407814 PABLO ANDRES ESCOBAR USUGA
Tipo Vinculado **Edad** 26 Años / 1 Meses / 2
Estrato 13 ESTRATO PAGA 0% **Sexo** Masculino
Centro 01 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Ingreso** 4865297
Empresa **Fec Ingreso** 27 feb. 2025 08:29 p. m.
Código IPS 666820069601 **Fec Egreso** 02 mar. 2025 02:14 p. m.
*** TOPE CUMPLIDO*** **Facturador** DIANA CAROLINA OROZCO

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
34363-4	DIPIRONA 1 G / 2 ML AMPOLLA	4,00	$ 1.410,00	$ 0,00	$ 5.640,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 1.310.330,00
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	$ 1.310.330,00

TOTAL: UN MILLON TRESCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA 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]