			SERVICIOS FACTURADOS			descontar *	
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	RASES No. 2	16	"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS, ASI COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2 EN EL MUNICIPIO DE ALVARADO EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA"	$799.200,00	$799.200,00	$0,00	$799.200,00
Acta de recepción de bienes	No aplica.						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
174570	4/06/2025	$ 293.300,00	$ 0,00	$ 293.300,00
175221	8/06/2025	$ 222.800,00	$ 0,00	$ 222.800,00
175279	10/06/2025	$ 283.100,00	$ 0,00	$ 283.100,00
		$ 799.200,00	**$ 0,00**	**$ 799.200,00**

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E

Codigo Habilitación: 730260011301
Calle 4 No. 4-52 Tel:2225215
Nit. 809003541-1
www.hospital-san-roque-ese-alvarado.micolombiadigi

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. 174570
Fecha de Generación: 04/06/2025
Radicación: 06/07/2025
Hora de Generación: 08:07:49
Fecha de Expedición: 04/06/2025
Hora de Expedición: 08:07:49
Codigo CIIU 8610

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:EVENTO CONTRATO (01) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Tipo de Usuario:POLICIA NACIONAL Tipo de Afiliacion:NO APLICA
Paciente: **CC-1065876393** VALENTINA COMBA CARVAJAL No. Carne/Sisben: Edad: 18 Ano (s)
Liquidación N°: 72736 Ingreso: 03/06/2025 08:58:54 Egreso: 03/06/2025 17:13:53
Dirección: CLL 6 A N 6-54 BARRIO LOS REYES Teléfono: 3209177228

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 04/06/2025 al 04/06/2025 N° Autorización: 10025176 N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

Venta segun liquidacion No.72736 del 2025-06-04 08:07:49. Admision: 202506030004

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	$85.400.00	$85.400.00
						SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS	**$85.400.00**
2	5DSB01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA	NAR	NA	1.00	$97.900.00	$97.900.00
						SUBTOTAL 000002 431209 URGENCIAS - OBSERVACI&#65533;N	**$97.900.00**
3	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	$65.400.00	$65.400.00
						SUBTOTAL 000004 431227 HOSPITALIZACION ADULTOS - HOMBRES Y MUJERES	**$65.400.00**
4	20171806 - 1	JERINGA 10 ML	UNIDAD	NA	1.00	$500.00	$500.00
5	20150124 - 5	JERINGA 5 ML	UNIDAD	NA	1.00	$600.00	$600.00
6	19922566 - 9	OMEPRAZOL 40 MG Polvo Para Solucion Inyectable	AMPOLLA	NA	1.00	$5.000.00	$5.000.00
7	19934768 - 10	DICLOFENACO 75 MG/3 ML Solucion Inyectable	AMPOLLA	NA	1.00	$2.500.00	$2.500.00
						SUBTOTAL 000017 431262 FARMACIA	**$8.600.00**
8	902210	HEMOGRAMA IV AUTOMATIZADO	NAR	NA	1.00	$36.000.00	$36.000.00
						SUBTOTAL 000018 (431246) LABORATORIO	**$36.000.00**
						SubTotal	**$293.300.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$293.300.00**

SON

DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró: Recibí:

Tatiana Parra.

DERLY TATIANA PARRA ARCINIEGAS
ADMINISTRATIVO

VALENTINA COMBA CARVAJAL
CC 1065876393

CUFE: ba80d6d14a411dc48c2f90842ab342d0a28da092cd1f4889bf72ffa780ad202d97f3c5d01f55ed0dae3ceddb897fe035

Número de Autorización: 18764080483443 **Prefijo:**

Rango Autorizado: 150001 - 190000 **Vigencia:** 2026-09-28

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura,obligándonos a la cancelacion de la forma aqui pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa maxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento

Resolucion No. 18764080483443 - 2024-09-28 habilita del 150001 al 190000.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2025a
Nit 900349841-1

Elaboró DERLY TATIANA PARRA ARCINIEGAS

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E

Codigo Habilitación: 730260011301
Calle 4 No. 4-52 Tel:2225215
Nit. 809003541-1
www.hospital-san-roque-ese-alvarado.micolombiadigi

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. 175221
Fecha de Generación: 08/06/2025
Radicación: 06/07/2025
Hora de Generación: 22:14:16
Fecha de Expedición: 08/06/2025
Hora de Expedición: 22:14:16
Codigo CIIU 8610

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:EVENTO CONTRATO (01) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Tipo de Usuario:POLICIA NACIONAL Tipo de Afiliacion:NO APLICA
Paciente: **CC-14295350** JHON FREDY CALDERON HURTADO No. Carne/Sisben: Edad: 39 Ano (s)
Liquidación N°: 73446 Ingreso: 05/06/2025 09:58:39 Egreso: 05/06/2025 20:28:08
Dirección: CR 1 A 29 A 11 Teléfono: 3106097601

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 08/06/2025 al 08/06/2025 N° Autorización: 10047245 N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

Venta segun liquidacion No.73446 del 2025-06-08 22:14:16. Admision: 202506050025

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	$85.400.00	$85.400.00
						SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS	**$85.400.00**
2	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NAR	NA	1.00	$71.100.00	$71.100.00
						SUBTOTAL 000013 431217 CONSULTA EXTERNA	**$71.100.00**
3	20171806 - 1	JERINGA 10 ML	UNIDAD	NA	1.00	$500.00	$500.00
4	20150124 - 5	JERINGA 5 ML	UNIDAD	NA	1.00	$600.00	$600.00
5	19903694 - 4	HIOSC B.BROM 20MG + DIPIRONA 2.5MG /5ML Solucion Inyectable	AMPOLLA	NA	1.00	$4.000.00	$4.000.00
6	19934768 - 10	DICLOFENACO 75 MG/3 ML Solucion Inyectable	AMPOLLA	NA	1.00	$2.500.00	$2.500.00
7	19908969 - 2	ACETAMINOFEN 500 MG Tableta	TABLETA	NA	1.00	$200.00	$200.00
						SUBTOTAL 000017 431262 FARMACIA	**$7.800.00**
8	902210	HEMOGRAMA IV AUTOMATIZADO	NAR	NA	1.00	$36.000.00	$36.000.00
9	907106	UROANALISIS	NAR	NA	1.00	$22.500.00	$22.500.00
						SUBTOTAL 000018 (431246) LABORATORIO	**$58.500.00**
						SubTotal	**$222.800.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$222.800.00**

SON

DOSCIENTOS VEINTID&#65533;S MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:



LEYDI CAMILA RODRIGUEZ GONZALEZ
ADMINISTRATIVO

Recibí:

JHON FREDY CALDERON HURTADO
CC 14295350

CUFE: fd763142b6e0abb256a176c168f798578e72ba3e3613ac78a538a7539f996d682e29958e38fcbd3f505b49524911ac08

Número de Autorización: 18764080483443 **Prefijo:**
Rango Autorizado: 150001 - 190000 **Vigencia:** 2026-09-28

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura,obligándonos a la cancelacion de la forma aqui pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa maxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento

Resolucion No. 18764080483443 - 2024-09-28 habilita del 150001 al 190000.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2025a
Nit 900349841-1

Elaboró LEYDI CAMILA RODRIGUEZ GONZALEZ

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E

Codigo Habilitación: 730260011301
Calle 4 No. 4-52 Tel:2225215
Nit. 809003541-1
www.hospital-san-roque-ese-alvarado.micolombiadigi

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. 175279
Fecha de Generación: 10/06/2025
Radicación: 06/07/2025
Hora de Generación: 01:20:53
Fecha de Expedición: 10/06/2025
Hora de Expedición: 01:20:53
Codigo CIIU 8610

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:EVENTO CONTRATO (01) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Tipo de Usuario:POLICIA NACIONAL Tipo de Afiliacion:NO APLICA
Paciente: **CC-1106482098** PAULA ANDREA SANCJEZ NARVAEZ No. Carne/Sisben: Edad: 21 Ano (s)
Liquidación N°: 73514 Ingreso: 08/06/2025 16:49:02 Egreso: 08/06/2025 21:30:22
Dirección: VEREDA LA TIGRERA Teléfono: 3208475987

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 10/06/2025 al 10/06/2025 N° Autorización: 10058627 N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

Venta segun liquidacion No.73514 del 2025-06-10 01:20:52. Admision: 202506080017

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	$85.400.00	$85.400.00
						SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS	**$85.400.00**
2	5DSB01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA	NAR	NA	1.00	$97.900.00	$97.900.00
						SUBTOTAL 000002 431209 URGENCIAS - OBSERVACI&#65533;N	**$97.900.00**
3	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	$65.400.00	$65.400.00
						SUBTOTAL 000004 431227 HOSPITALIZACION ADULTOS - HOMBRES Y MUJERES	**$65.400.00**
4	19957520 - 00	CATETER INTRAVENOSO NO 20	UNIDAD	NA	1.00	$5.800.00	$5.800.00
5	20172664 - 1	EQUIPO MACROGOTEO 10	UNIDAD	NA	1.00	$9.000.00	$9.000.00
6	19932754 - 02	SODIO CLORURO 0.9 % * 500ML Inyectables	BOLSA	NA	3.00	$6.400.00	$19.200.00
7	19908969 - 2	ACETAMINOFEN 500 MG Tableta	TABLETA	NA	2.00	$200.00	$400.00
						SUBTOTAL 000017 (431262) FARMACIA	**$34.400.00**
						SubTotal	**$283.100.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$283.100.00**

SON

DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE

Elaboró:



MARIA FERNANDA RAMIREZ HERNANDEZ
ADMINISTRATIVO

Recibí:

PAULA ANDREA SANCJEZ NARVAEZ
CC 1106482098

CUFE: cf87d4ed7cab818eea3785324028033da2d685d37635184decd1941a7f89901e369d6b6cf2f15ec3792ab19c513c4b79

Número de Autorización: 18764080483443 **Prefijo:**
Rango Autorizado: 150001 - 190000 **Vigencia:** 2026-09-28

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura,obligándonos a la cancelacion de la forma aqui pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa maxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento

Resolucion No. 18764080483443 - 2024-09-28 habilita del 150001 al 190000.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2025a
Nit 900349841-1

Elaboró MARIA FERNANDA RAMIREZ HERNANDEZ



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80136308

AGUILAR PEREZ
APELLIDOS

MIGUEL ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1983
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

23-ENE-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500101-42090845-M-0080136308-20010609 02787 01158A 02 111122270

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141020193389

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 9 0 0 3 5 4 1 | 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico: 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social: HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E.

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Alvarado 0 2 6

41. Dirección principal: CL 4 4 52

42. Correo electrónico: coordinacionmedicahri@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 2 0 3 0 3 0 5 5 5 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 7 0 3 1 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 6 7 9 1 4 1 6 4 2 5 2

- 06- Ingresos y patrimonio.
- 07- Retención en la fuente a título de renta
- 09- Retención en la fuente en el impuesto
- 14- Informante de exogena
- 16- Obligación facturar por ingresos bienes
- 42- Obligado a llevar contabilidad
- 52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 8 | 61. Fecha: 2024 - 04 - 17 / 09 : 56: 33

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite, usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CLAVIJO CALCEDO GERMAN DARIO

986. Cargo: Analista II

COPIA NO VALIDA PARA TRAMITES ANTE LA DIAN