Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima
Reporte de Relacion de Cobro
Desde 01/03/2025 Hasta 31/03/2025
NIT: 890701300-2

Saldaña

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 **Nit: 900419719-1**
Dirección: CRA 22 SUR 26A-21 BARRIO FRONTERAS DEL MILENIO **Teléfono: 8630065**

Contrato N. 20046 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2

Factura		Fecha		Paciente		Total	Descuento	Usuario	Neto Pagar
HSC	141159	14/03/2025	CC	1111042082	XIOMARA ALEXANDRA PERDOMO MENDEZ	56.900,00	0	0	56.900,00
HSC	141169	14/03/2025	CC	1006032385	CESAR DAVID TAFUR TOCORA	51.100,00	0	0	51.100,00
HSC	141309	18/03/2025	CC	65587291	OLGA LUCIA OYUELA RODRIGUEZ	213.300,00	0	0	213.300,00
HSC	141339	18/03/2025	CC	65587264	MARIA BERSY MEJIA LOZANO	56.900,00	0	0	56.900,00
HSC	141367	18/03/2025	CC	1109495568	JORGE ALBERTO VASQUEZ MEJIA	38.900,00	0	0	38.900,00
HSC	141549	24/03/2025	CC	28879749	MARIA ISABEL RAMIREZ CABEZAS	313.800,00	0	0	313.800,00
HSC	142256	31/03/2025	CC	93150652	FERNANDO LOZANO HERNANDEZ	144.300,00	0	0	144.300,00
HSC	142278	31/03/2025	CC	1110568067	JUAN SEBASTIAN FAJARDO DUARTE	162.900,00	0	0	162.900,00
HSC	142290	31/03/2025	CC	93152045	JOSE ARIEL MONCALEANO GOMEZ	176.020,00	0	0	176.020,00
HSC	142308	31/03/2025	CC	1111042082	XIOMARA ALEXANDRA PERDOMO MENDEZ	102.600,00	0	0	102.600,00
					Total	**1.317.220,00**	**0**	**0**	**1.317.220,00**

Dauter

Total Eventos	1.317.220,00
Total Usuario	0
Total Descuento	0
Neto a Pagar	1.317.220,00
Total Pagos	0
Saldo	1.317.220,00

NUBIA MARCELA OYUELA VILLALBA.
CC 1023022156

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2
NIT. 900419719-1

Total Radicado
$1.172.420=

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA
07 ABR 2025
Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS
Recibido por:

Recibido
1391

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC141159
Fecha de Generación: 14/03/2025
Hora de Generación: 10:59:27
Fecha de Expedición: 14/03/2025
Hora de Expedición: 10:59:27
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-1111042082** XIOMARA ALEXANDRA PERDOMO MENDEZ No. Carne/Sisben: Edad: 21 Ano (s)
Liquidación N°: 814633 Ingreso: 14/03/2025 10:56:23 Egreso: 14/03/2025 10:56:23
Dirección: CRA 10 N° 12-77 BARRIO SAN JUAN BAUTISTA Teléfono: 3115988858

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 14/03/2025 al 14/03/2025 N° Autorización: N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

Venta segun liquidacion No.814633 del 2025-03-14 10:59:27

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	$56.900.00	$56.900.00
		SUBTOTAL 000003 (431217) CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS					**$56.900.00**
						SubTotal	**$56.900.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$56.900.00**

SON

CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:

ANA MARIA FLOREZ MONCALEANO
ADMINISTRATIVO

Recibí:

XIOMARA ALEXANDRA PERDOMO MENDEZ
CC 1111042082

CUFE: 7b977e7fa4d4f9d86e0798882faf64a57b19608798a18267cf97e502db0722dd3045441183101032 6f0980648e95d0f4

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró ANA MARIA FLOREZ MONCALEANO

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA

07 ABR 2025

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por: _____

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC141169
Fecha de Generación: 14/03/2025
Hora de Generación: 14:37:36
Fecha de Expedición: 14/03/2025
Hora de Expedición: 14:37:36
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: slifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-1006032385** CESAR DAVID TAFUR TOCORA No. Carne/Sisben: Edad: 22 Ano (s)
Liquidación N°: 812141 Ingreso: 27/02/2025 09:52:34 Egreso: 27/02/2025 09:52:34
Dirección: CALLE 17 NO. 22A - 50 Teléfono: 3182082881

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 27/02/2025 al 27/02/2025 N° Autorización: N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

Venta segun liquidacion No.812141 del 2025-03-14 14:37:36

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	906249	PRUEBA RAPIDA PARA VIH JUVENTUD 18 A 28 AÃƒÂ'OS	NAR	ALJ	1.00	$26.100.00	$26.100.00
2	906039	PRUEBA RAPIDA TREPONEMICA JUVENTUD 18 A 28 AÃƒÂ'OS	NAR	ALJ	1.00	$25.000.00	$25.000.00
		SUBTOTAL 000013 (431246) LABORATORIO CLINICO					**$51.100.00**
						SubTotal	**$51.100.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$51.100.00**

SON

CINCUENTA Y UN MIL CIEN PESOS M/CTE

Elaboró:

NUBIA MARCELA OYUELA VILLALBA
ADMINISTRATIVO

Recibí:

CESAR DAVID TAFUR TOCORA
CC 1006032385

CUFE: 30ae430917718510567b1df2a4bbbf6fdf2667efa6cd425c2e5a9577e1391d3d15bfb215bf8415888eeaf434c768bc84

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró NUBIA MARCELA OYUELA VILLALBA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA

0 7 ABR 2025

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por: _____

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC141309
Fecha de Generación: 18/03/2025
Hora de Generación: 03:08:59
Fecha de Expedición: 18/03/2025
Hora de Expedición: 03:08:59
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-65587291** OLGA LUCIA OYUELA RODRIGUEZ No. Carne/Sisben: Edad: 51 Ano (s)
Liquidación N°: 814972 Ingreso: 16/03/2025 09:12:14 Egreso: 16/03/2025 12:19:50
Dirección: CRA 17 NOÂº 22 - 72 BARRIO PALMAR Teléfono: 3232062024

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 18/03/2025 al 18/03/2025
Forma De Pago: CREDITO
N° Autorización:
Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria
N° Poliza:

Concepto

Venta segun liquidacion No.814972 del 2025-03-18 03:08:59. Admision: 202503160005

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	NAR	NA	1.00	$93.500.00	$93.500.00
		SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS					**$93.500.00**
2	0000028	MICRONEBULIZADOR ADULTO	NAR	NA	1.00	$9.500.00	$9.500.00
3	19940721 - 05	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODI POLVO PARA RECONSTIT 100 mg	NAR	NA	1.00	$12.000.00	$12.000.00
4	NPOS0002	JERINGA DESECHABLE 10 ML	NAR	NA	1.00	$400.00	$400.00
5	19949049 - 20	SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MG AN AEROSOL 100 mcg / inhalación	NAR	NA	1.00	$16.000.00	$16.000.00
6	19975762-01 - 8	OXIGENO GAS GAS	NAR	NA	270.00	$40.00	$10.800.00
		SUBTOTAL 000017 431262 FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS					**$48.700.00**
7	939402	NEBULIZACIONES C/U	NAR	NA	3.00	$23.700.00	$71.100.00
		SUBTOTAL 000021 (431295) OTROS SERVICIOS					**$71.100.00**
						SubTotal	**$213.300.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$213.300.00**

SON
DOSCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA Recibí:

Elaboró:

Julieth Barreto Gomez

JULIETH TATIANA BARRETO GOMEZ
ADMINISTRATIVO

07 ABR 2025

OLGA LUCIA OYUELA RODRIGUEZ
CC 65587291

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por: _____

CUFE: d0d13d0be1d93adf484363a3b9ef920adb531e43830ae13b403b170b175fb340a8e52277dd7599a082a7a74a197cacc0

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC141339
Fecha de Generación: 18/03/2025
Hora de Generación: 09:14:11
Fecha de Expedición: 18/03/2025
Hora de Expedición: 09:14:11
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-65587264** MARIA BERSY MEJIA LOZANO No. Carne/Sisben: Edad: 51 Ano (s)
Liquidación N°: 815043 Ingreso: 18/03/2025 09:13:59 Egreso: 18/03/2025 09:13:59
Dirección: B/ JARDIN Teléfono: 3108672919

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 18/03/2025 al 18/03/2025
Forma De Pago: CREDITO
N° Autorización:
Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria
N° Poliza:

Concepto

Venta segun liquidacion No.815043 del 2025-03-18 09:14:11

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	$56.900.00	$56.900.00
		SUBTOTAL 000003 (431217) CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS					**$56.900.00**
						SubTotal	**$56.900.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$56.900.00**

SON

CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:

ANA MARIA FLOREZ MONCALEANO
ADMINISTRATIVO

Recibí:

MARIA BERSY MEJIA LOZANO
CC 65587264

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA

07 ABR 2025

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por:

CUFE: c56b4528c201c1bb9511e9aa0b64720b897c8f3a86a61ed64b2939e3f3795f7c8854d87854c75bc8e1de277d6cddc6a

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró ANA MARIA FLOREZ MONCALEANO

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC141367
Fecha de Generación: 18/03/2025
Hora de Generación: 14:14:20
Fecha de Expedición: 18/03/2025
Hora de Expedición: 14:14:20
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-1109495568** JORGE ALBERTO VASQUEZ MEJIA No. Carne/Sisben: Edad: 28 Ano (s)
Liquidación N°: 815107 Ingreso: 18/03/2025 14:14:10 Egreso: 18/03/2025 14:14:10
Dirección: URBANIZACION ROBERTO LEIVA M4 C#54 Teléfono: 3219461166

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 18/03/2025 al 18/03/2025
Forma De Pago: CREDITO
N° Autorización:
Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria
N° Poliza:

Concepto

Venta segun liquidacion No.815107 del 2025-03-18 14:14:20

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	NAR	NA	1.00	$38.900.00	$38.900.00
						SUBTOTAL 000005 (431219) ODONTOLOGIA	**$38.900.00**
						SubTotal	**$38.900.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$38.900.00**

SON

TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:

ANA MARIA FLOREZ MONCALEANO
ADMINISTRATIVO

Recibí:

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA

JORGE ALBERTO VASQUEZ MEJIA
CC 1109495568

07 ABR 2025

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por:

CUFE: a7c7fae4d0a5d70c106756abae913156f9067...383ec5badda6045a8bf8a96647011fc1

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró ANA MARIA FLOREZ MONCALEANO

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC141549
Fecha de Generación: 24/03/2025
Hora de Generación: 09:56:06
Fecha de Expedición: 24/03/2025
Hora de Expedición: 09:56:06
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: 900419719-1
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: slifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-28879749** MARIA ISABEL RAMIREZ CABEZAS No. Carné/Sisbén: Edad: 54 Año (s)
Liquidación N°: 815592 Ingreso: 05/03/2025 12:28:46 Egreso: 24/03/2025 00:00:00
Dirección: CALLE 14 N 10 - 68 Teléfono: 3152144153

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 24/03/2025 al 24/03/2025 N° Autorización: 009497157 N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

Venta segun liquidacion No.815592 del 2025-03-24 09:56:05. Admision: 202503050075

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA POR EL MEDICO GRAL	NAR	NA	1.00	$71.200.00	$71.200.00
2	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	NAR	NA	1.00	$93.500.00	$93.500.00
		SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS					**$164.700.00**
3	5DSB01	SALA DE OBSERVACION	NAR	NA	1.00	$107.200.00	$107.200.00
		SUBTOTAL 000002 431209 URGENCIAS OBSERVACION					**$107.200.00**
4	20013809 - 32	CLONIDINA CLORHIDRATO 0.150 MG TABLETA 0.150MG	NAR	NA	1.00	$400.00	$400.00
		SUBTOTAL 000003 431217 CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS					**$400.00**
5	0000013	CATETER O JHELCO NO. 18	NAR	NA	1.00	$4.000.00	$4.000.00
6	0000027	EQUIPO DESECHABLE MACROGOTEO	NAR	NA	1.00	$2.600.00	$2.600.00
7	019922566 - 09	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA- SOLUCION INYECTABLE 40 MG	NAR	NA	1.00	$21.700.00	$21.700.00
8	225064 - 07	HIOSCINA N BUTIL BROMURO 20 MG SOLUCION INYECTABLE 20MG ML	NAR	NA	1.00	$7.000.00	$7.000.00
9	24283 - 2	SODIO CLORURO 09 X 500 ML BOLS SOLUCION INYECTABLE 0 9	NAR	NA	1.00	$5.400.00	$5.400.00
10	NPOS0002	JERINGA DESECHABLE 10 ML	NAR	NA	2.00	$400.00	$800.00
		SUBTOTAL 000017 (431262) FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS					**$41.500.00**

SubTotal	$313.800.00
IVA	$0.00
Cuota Moderadora	$0.00
Copago	$0.00
Total	$313.800.00

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA

07 ABR 2025

SON

TRESCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:

HAROL EDUARDO BOCANEGRA SOTO
ADMINISTRATIVO

Recibí:

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por: MARIA ISABEL RAMIREZ CABEZAS
CC 28879749

CUFE: cbf65143208e77dd0e44ff85847575ecd17ed0391da88ec188546406aab27505350260ac0a01ec8e5f6cbaf7b2324456

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró HAROL EDUARDO BOCANEGRA SOTO

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC142278
Fecha de Generación: 31/03/2025
Hora de Generación: 21:51:14
Fecha de Expedición: 31/03/2025
Hora de Expedición: 21:51:14
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: slifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-1110568067** JUAN SEBASTIAN FAJARDO DUARTE No. Carne/Sisben: Edad: 29 Ano (s)
Liquidación N°: 817293 Ingreso: 29/03/2025 23:09:56 Egreso: 30/03/2025 01:31:48
Dirección: B/ SAN CARLOS Teléfono: 3186833776

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 31/03/2025 al 31/03/2025
Forma De Pago: CREDITO
N° Autorización:
Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria
N° Poliza:

Concepto

Venta segun liquidacion No.817293 del 2025-03-31 21:51:14. Admision: 202503290114

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	NAR	NA	1.00	$93.500.00	$93.500.00
		SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS					**$93.500.00**
2	0000028	MICRONEBULIZADOR ADULTO	NAR	NA	1.00	$9.500.00	$9.500.00
3	19917651 - 2	DEXAMETASONA ACETATO 8 INYECTABLE 8 MG ML	NAR	NA	1.00	$4.900.00	$4.900.00
4	NPOS0001	JERINGA DESECHABLE 5 ML	NAR	NA	1.00	$400.00	$400.00
5	19975762-01 - 8	OXIGENO GAS GAS	NAR	NA	180.00	$40.00	$7.200.00
		SUBTOTAL 000017 431262 FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS					**$22.000.00**
6	939402	NEBULIZACIONES C/U	NAR	NA	2.00	$23.700.00	$47.400.00
		SUBTOTAL 000021 (431295) OTROS SERVICIOS					**$47.400.00**

SubTotal	**$162.900.00**
IVA	**$0.00**
Cuota Moderadora	**$0.00**
Copago	**$0.00**
Total	**$162.900.00**

SON
CIENTO SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA

Elaboró:

Julieth Barreto Gomez

07 ABR 2025

JULIETH TATIANA BARRETO GOMEZ
ADMINISTRATIVO

Recibí:

JUAN SEBASTIAN FAJARDO DUARTE
C.C. 1110568067

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por: _____

CUFE: 12c05f9195ab22d1c0d764271b9dc417c4c4f0d50708bbe34b3f5b00626857d3f08bef304ca0731d42ee0397e90415fd

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró JULIETH TATIANA BARRETO GOMEZ

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC142290
Fecha de Generación: 31/03/2025
Hora de Generación: 22:10:19
Fecha de Expedición: 31/03/2025
Hora de Expedición: 22:10:19
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL CERO
Email: slifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-93152045** JOSE ARIEL MONCALEANO GOMEZ No. Carne/Sisben: Edad: 55 Ano (s)
Liquidación N°: 817303 Ingreso: 30/03/2025 00:25:27 Egreso: 30/03/2025 02:00:05
Dirección: CARREA18 N 3-585 B/FUNDADORES Teléfono: 3172238774

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 31/03/2025 al 31/03/2025
Forma De Pago: CREDITO
N° Autorización:
Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria
N° Poliza:

Concepto

Venta segun liquidacion No.817303 del 2025-03-31 22:10:19. Admision: 202503300003

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	NAR	NA	1.00	$77.800.00	$77.800.00
2	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	NAR	NA	1.00	$93.500.00	$93.500.00
		SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS					**$171.300.00**
3	20013809 - 32	CLONIDINA CLORHIDRATO 0.150 MG TABLETA 0.150MG	NAR	NA	1.00	$400.00	$400.00
		SUBTOTAL 000003 431217 CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS					**$400.00**
4	397C09CL021162	LOSARTAN 100 MG TABLETA TABLETA 20 MG	NAR	NA	1.00	$120.00	$120.00
5	19934768 - 10	DICLOFENACO SODICO 75 MG 3 ML SOLUCION INYECTABLE 75 MG 3 ML	NAR	NA	1.00	$3.800.00	$3.800.00
6	NPOS0001	JERINGA DESECHABLE 5 ML	NAR	NA	1.00	$400.00	$400.00
		SUBTOTAL 000017 (431262) FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS					**$4.320.00**
						SubTotal	**$176.020.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$176.020.00**

SON

CIENTO SETENTA Y SEIS MIL VEINTE PESOS M/CTE

Elaboró:

Julieth Barreto Gomez

JULIETH TATIANA BARRETO GOMEZ
ADMINISTRATIVO

Recibí:

JOSE ARIEL MONCALEANO GOMEZ
CC 93152045

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA

07 ABR 2025

Dependencia CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por:

CUFE: 3e03cce16b86b[illegible]f6fd182ff54fed1ce[illegible]6c211c8ec6f9396d13d2cc787af4d1d9e79e0109e772e6dc486e63d

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2024-11-13

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 cancelación de la forma aquí 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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró JULIETH TATIANA BARRETO GOMEZ

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC142308
Fecha de Generación: 31/03/2025
Hora de Generación: 22:53:30
Fecha de Expedición: 31/03/2025
Hora de Expedición: 22:53:30
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-1111042082** XIOMARA ALEXANDRA PERDOMO MENDEZ No. Carne/Sisben: Edad: 21 Ano (s)
Liquidación N°: 817331 Ingreso: 13/03/2025 15:47:43 Egreso: 13/03/2025 16:55:41
Dirección: CRA 10 N° 12-77 BARRIO SAN JUAN BAUTISTA Teléfono: 3115988858

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 31/03/2025 al 31/03/2025 N° Autorización: 9549605 N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

Venta segun liquidacion No.817331 del 2025-03-31 22:53:30. Admision: 202503130138

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	NAR	NA	1.00	$93.500.00	$93.500.00
		SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS					**$93.500.00**
2	19917651 - 2	DEXAMETASONA ACETATO 8 INYECTABLE 8 MG ML	NAR	NA	1.00	$4.900.00	$4.900.00
3	19934768 - 10	DICLOFENACO SODICO 75 MG 3 ML SOLUCION INYECTABLE 75 MG 3 ML	NAR	NA	1.00	$3.800.00	$3.800.00
4	NPOS0001	JERINGA DESECHABLE 5 ML	NAR	NA	1.00	$400.00	$400.00
		SUBTOTAL 000017 (431262) FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS					**$9.100.00**
						SubTotal	**$102.600.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$102.600.00**

SON

CIENTO DOS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
UPRES - TOLIMA
Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS
07 ABR 2025
Recibido por:

Elaboró:

LUIS DARIO LOZANO OLARTE
ADMINISTRATIVO

Recibí:

XIOMARA ALEXANDRA PERDOMO MENDEZ
CC 1111042082

CUFE: e164249dc662e8815f140e262ca54585a0a20086f34ca94ef3391d04c55a2c7f72bed33bc70fca5fd33f0cb43f936ce9

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró LUIS DARIO LOZANO OLARTE

Powered by CamScanner

Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima

Codigo Habilitación: 736710070401
Km 1 Via Purificacion Tel:2266052
Nit. 890701300-2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. HSC142256
Fecha de Generación: 31/03/2025
Hora de Generación: 19:51:26
Fecha de Expedición: 31/03/2025
Hora de Expedición: 19:51:26
Codigo CIIU 8254

Cliente

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (RES001) NIT: **900419719-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 (20046) Nivel:NIVEL UNO
Email: siifnacion.facturaelectronica@

Paciente: **CC-93150652** FERNANDO LOZANO HERNANDEZ No. Carne/Sisben: Edad: 63 Ano (s)
Liquidación N°: 817261 Ingreso: 28/03/2025 13:24:34 Egreso: 28/03/2025 15:34:31
Dirección: CALLE 14 N 14 A 22 Teléfono: 3138949589

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente
Periodo Facturado: 31/03/2025 al 31/03/2025
Forma De Pago: CREDITO

N° Autorización:
Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

N° Poliza:

Concepto

Venta segun liquidacion No.817261 del 2025-03-31 19:51:25. Admision: 202503280087

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	NAR	NA	1.00	$93.500.00	$93.500.00
		SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS					**$93.500.00**
2	019922566 - 09	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA- SOLUCION INYECTABLE 40 MG	NAR	NA	1.00	$21.700.00	$21.700.00
3	19926478 - 03	HIOSCINA N BUTILBROMURO DIPIRO SOLUCION INYECTABLE 20MG 2 5G	NAR	NA	1.00	$17.400.00	$17.400.00
4	19903826 - 1	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 1 INYECTABLE 10 MG / 2 ML	NAR	NA	1.00	$11.000.00	$11.000.00
5	NPOS0001	JERINGA DESECHABLE 5 ML	NAR	NA	3.00	$400.00	$1.200.00
		SUBTOTAL 000017 (431262) FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS					**$51.300.00**
						SubTotal	**$144.800.00**
						IVA	**$0.00**
						Cuota Moderadora	**$0.00**
						Copago	**$0.00**
						Total	**$144.800.00**

SON

CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:

Julieth Barreto Gomez

JULIETH TATIANA BARRETO GOMEZ
ADMINISTRATIVO

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICIA NACIONAL
Recibí: TOLIMA

08 ABR

FERNANDO LOZANO HERNANDEZ
CC 93150652

Dependencia: CENTRAL DE CUENTAS

Recibido por:

CUFE: beb09f9c5b223c5f6a9ddbb261052affee3a7942f3d11fb663dedfdb[illegible]9578f9f8497eb

Número de Autorización: 18764083298537 **Prefijo:** HSC
Rango Autorizado: 133341 - 4333340 **Vigencia:** 2026-11-13

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. 18764083298537 - 2024-11-13 habilita del 133341 al 4333340.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró JULIETH TATIANA BARRETO GOMEZ

Urgencias

Powered by CamScanner