JUNIO

HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA E.S.E.

Nit. 820005389-7

CRA 13 # 18-60 Chiquinquirá - Boyacá Tel. 3114527877

Resolución de habilitación Nro. 18764090078507 del 06/03/2025 hasta 06/03/2026; Desde RC1468515 hasta

Empresa Cliente **MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA** **Nit. 891800475-0** **Direccion** **Calle 17 No. 7 A - 48 CAM Chiquinquirá - Boyacá**	**Cuenta de Cobro** **Nro. 01563325** **Nro. de Contrato CV-006-2025** **Fecha de Factura 01/09/2025** **Fecha de Vencimiento 01/10/2025**

CONCEPTO	VALOR
CUENTA 227435 PERIODO DESDE 01/06/2025 HASTA 30/06/2025	
TOTAL VALOR DEL PERIODO	102,860,163.00
OBSERVACIONES CONVENIO PIC MUNICIPAL MES DE JUNIO DE 2025	

Total Son:

CIENTO DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS M/L

Valor Servicios Facturados x Periodo

102,860,163.00

Coordinador de facturación:	**Firma Empresa Cliente:**	**Subgerente Administrativo:**

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, TAL COMO LO DISPONE EL ARTICULO 774 DEL CODIGO DEL COMERCIO. UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO PARA CANCELAR A QUE SE REFIERE EL DECRETO 723 DE 1997 SE CAUSARAN INTERESES MORATORIOS EN LA CUANTIA FIJADA POR LA SUPERINTENDECIA BANCARIA.

E S E HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ
Nit:820005389-7
CRA. 13 # 18-60 CENTRO CHIQUINQUIRÁ Tels. 3114527877
e-mail: gerencia@hospitalchiquinquira.gov.co
www.hospitalregionalchiquinquira.gov.co
Linea de negocio: Prestación de servicios de salud
Tipo Responsabilidad: No somos responsables de IVA
Código de Habilitación: 151760095501

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
RC1563321
Nro.Atención: 22808807

Autorización Dian: 18764090078507 expedida el 06/03/2025 Del N° RC1468515 al RC7000000 Vence: 06/03/2026

CUFE DIAN: 03f624516e8144541f5d0554620a66b0f58a3ace3c095e7a1505b42037c73e01b07ebc79b3a3aaff65415a34be5e8b8b

Datos de la entidad

Nit:	Razón Social:	Dirección:	Teléfono:
891800475-0	MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA	Calle 17 No. 7 A - 48 CAM Chiquinquirá - Boyacá	7262531

Régimen:	E-MAIL	Tipo Factur.	Tipo Atención:	Nro. Contrato
SALUD PUBLICA	contactenos@chiquinquira-boyaca.gov.co	EVENTO	Consulta/Proced.	CV-006-2025

Datos del Paciente

Nro.Documento:	Nombre:	Edad:	Dirección:	Ciudad	Teléfono
NI 891800475-0	CHIQUINQUIRA ALCALDIA	45 A	CENTRO	CHIQUINQUIRA	263357

Anexo Sector Salud .

Nro. Autorización:	Nro. Contrato:	Fecha hora ingreso	Fecha hora salida	Copago:	Cuota Mod.	Modal. Contrat.	Tipo Afiliado:
	CV-006-2025	01/09/2025 10:25	- 01/09/2025 10:26	0.00	0.00	EVENTO	No afiliado

Información de la Factura .

Fec.Factura:	Fec.Venc.:	Fec.Env.DIAN	Forma pago:	Nro.Atención:	Médico	Especialidad
01/09/2025	01/10/2025	01/09/2025	Contado	22808807	HERRERA ROJAS ADRIANA	TERAPIA RESPIRATORIA

Fecha	Código	Descripción	Cant.	Val_Unit.	Total.Serv	Cuota_Rec	Val_Total
01/09/2025	000000	SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS CON EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN	1	50,000,000	50,000,000	0	50,000,000
01/09/2025	000000	SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS CON EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN	1	2,860,163	2,860,163	0	2,860,163
01/09/2025	000000	SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS CON EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN	1	50,000,000	50,000,000	0	50,000,000
		Procedimientos Tarifas Institucionales			102,860,163	0	102,860,163

Observaciones:
CONVENIO PIC MUNICIPAL MES DE JUNIO DE 2025

Son: CIENTO DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS M/L pesos M/Cte

Subtotal	$ 102,860,163.00
Descuento	$ 0.00
Copago	$ 0.00
Cuota Mod.	$ 0.00
Total IVA	$ 0.00
TOTAL	$ 102,860,163.00

El pago de la factura se efectuara de acuerdo a lo establecido en la ley 1122 de 2007 y decreto 4747 de 2007, o las normas que lo modifiquen, para las entidades con relación contractual además de las normas antes mencionadas los términos de pago y reconocimiento de intereses serán los determinados en la clausula forma de pago.
Vigilado Superintendencia Nacional de Salud. No somos contribuyentes, favor abstenerse de efectuar Retenciones en la Fuente.

FIRMA AUTORIZADA/VENDEDOR

FIRMA COMPRADOR/ACEPTANTE