EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC12925

Fecha Emision: 4/01/2025
Fecha Vencim: 3/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	LUIS ERNESTO TASCO	**Identif:**	CC 80252307
Edad:	41A 9M 20D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	29/11/1983	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON DEL EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3174784809 Cel:3174784809
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 3/01/2025 **F.Egreso:** 3/01/2025	**Num Autorización:**	URG-2025-01-712
Programa:			
Prestador:	EMPERATRIZ CARVAJALINO GARRIDO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
DERECHOS DE SALA					
5DS003	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	1	$ 0,00	$ 105.100,00	$ 105.100,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0504	JERINGA 1 ML C/A 27 X 1/2	1	$ 0,00	$ 355,00	$ 355,00
MEDICAMENTOS					
19986384-1	VACUNA ANTITETANICA 40 UI/0.5 ML TOXOIDE INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 18.308,00	$ 18.308,00
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS					
865101	SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL	1	$ 0,00	$ 35.900,00	$ 35.900,00

Son: Doscientos ochenta y cinco mil ochocientos sesenta y tres pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 285.863

Observaciones:

Total Servicios	285.863,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	285.863,00

ISAIAS LOPEZ GONZALEZ
Facturador

LUIS ERNESTO TASCO
Paciente

CUFE: 659d9b741b7970063a835c72932327c26e90ba996e31fed55a690cda9a3a77f93eb95bf0b2694ba191d23bfab6e2c267

SECTOR SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC12925

Fecha Emision: 4/01/2025
Fecha Vencim: 3/02/2025

Cliente: DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_ **Nit:** 901540992
Contrato: **DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001 **Telefono:** 3223539048
Direccion: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR **Regimen:** OTRO

Paciente: LUIS ERNESTO TASCO **Identif:** CC 80252307
Edad: 41A 9M 20D **Municipio:** INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac: 29/11/1983 **Sexo:** M
Direccion: VIA AL COCO BATALLON DEL EJERCITO GUAINIA **Telefonos:** Tel:3174784809 Cel:3174784809
Servicio: Urgencias **F.Ingreso:** 3/01/2025 **F.Egreso:** 3/01/2025 **Num Autorización:** URG-2025-01-712
Programa:
Prestador: EMPERATRIZ CARVAJALINO GARRIDO

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	80252307	PRIMER_APELLIDO	TASCO
SEGUNDO_APELLIDO		PRIMER_NOMBRE	LUIS
SEGUNDO_NOMBRE	ERNESTO	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción beneficiario
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	URG-2025-01-712
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13019

Fecha Emision: 11/01/2025
Fecha Vencim: 10/02/2025

Cliente: DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_ **Nit:** 901540992
Contrato: **DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001 **Telefono:** 3223539048
Direccion: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR **Regimen:** OTRO

Paciente: JESUS DARIO ORTIZ BASTIDAS **Identif:** CC 1085903191
Edad: 38A 3M 16D **Municipio:** INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac: 3/06/1987 **Sexo:** M
Direccion: BATALLON VIA AL COCO **Telefonos:**
Servicio: Urgencias **F.Ingreso:** 6/01/2025 **F.Egreso:** 7/01/2025 **Num Autorización:**
Programa:
Prestador: JERSSON UBERNEY CAMICO LOPEZ

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
DERECHOS DE SALA					
5DSM01	S SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	1	$ 0,00	$ 181.300,00	$ 181.300,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0472	CATETER INTRAVENOSO #18 G	1	$ 0,00	$ 6.459,00	$ 6.459,00
INS0507	JERINGA 5 ML C/A 21G X 1 1/2	3	$ 0,00	$ 441,00	$ 1.323,00
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.074,00	$ 2.074,00
MEDICAMENTOS					
32606-2	LACTATO DE RINGER X 500 ML (BAXTER)	2	$ 0,00	$ 4.252,00	$ 8.504,00
19934768-18	DICLOFENACO 75 MG/3ML INYECTABLE	2	$ 0,00	$ 942,00	$ 1.884,00
19942777-13	DEXAMETASONA 8 MG./2ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 903,00	$ 903,00
230145-1	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML INYECTABLE RYAN	1	$ 0,00	$ 635,00	$ 635,00

Son: Trescientos veintinueve mil doscientos ochenta y dos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 329.282

Observaciones:

Total Servicios	329.282,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	329.282,00

CARLOS EDWIN SANDOVAL DIAZ
Facturador

JESUS DARIO ORTIZ BASTIDAS
Paciente

CUFE: 043ba7cb9eb2a8efb11520550dbf87bcda14c981a002397d4aedbc5e0d538de9201ce4318c391ed49bf595c9583466cd

SECTOR SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13019

Fecha Emision: 11/01/2025
Fecha Vencim: 10/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JESUS DARIO ORTIZ BASTIDAS	**Identif:**	CC 1085903191
Edad:	38A 3M 16D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	3/06/1987	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON VIA AL COCO	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 6/01/2025 **F.Egreso:** 7/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	JERSSON UBERNEY CAMICO LOPEZ		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1085903191	PRIMER_APELLIDO	ORTIZ
SEGUNDO_APELLIDO	BASTIDAS	PRIMER_NOMBRE	JESUS
SEGUNDO_NOMBRE	DARIO	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	0
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13069

Fecha Emision: 14/01/2025
Fecha Vencim: 13/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUAN CARLOS TORRES	**Identif:**	CC 1010162592
Edad:	21A 9M 22D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	22/11/2003	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO DEPTO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3204782386 Cel:3204782386
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 14/01/2025 **F.Egreso:** 14/01/2025	**Num Autorización:**	47605
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
DERECHOS DE SALA					
5DSM01	S SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	1	$ 0,00	$ 181.300,00	$ 181.300,00
LABORATORIO CLINICO					
902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	$ 0,00	$ 27.500,00	$ 27.500,00
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 53.100,00	$ 53.100,00
902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	1	$ 0,00	$ 21.800,00	$ 21.800,00
903809	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	1	$ 0,00	$ 51.200,00	$ 51.200,00
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	$ 0,00	$ 55.700,00	$ 55.700,00
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	1	$ 0,00	$ 55.700,00	$ 55.700,00
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 30.700,00	$ 30.700,00
903856	NITROGENO UREICO	1	$ 0,00	$ 25.600,00	$ 25.600,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0472	CATETER INTRAVENOSO #18 G	1	$ 0,00	$ 6.459,00	$ 6.459,00
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.074,00	$ 2.074,00
MEDICAMENTOS					
32606-2	LACTATO DE RINGER X 500 ML (BAXTER)	3	$ 0,00	$ 4.252,00	$ 12.756,00

Son: Seiscientos cincuenta mil ochenta y nueve pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 650.089

Observaciones:

Total Servicios	650.089,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	650.089,00

YEREMI PEREZ ACOSTA

JUAN CARLOS TORRES

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13069

Fecha Emision: 14/01/2025
Fecha Vencim: 13/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUAN CARLOS TORRES	**Identif:**	CC 1010162592
Edad:	21A 9M 22D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	22/11/2003	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO DEPTO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3204782386 Cel:3204782386
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 14/01/2025 **F.Egreso:** 14/01/2025	**Num Autorización:**	47605
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

Facturador

Paciente

CUFE: 97078d093fcae3c55cb92c3a0da9513fd342b3849869bd96b8c3427ab16e0952bf84227ffdd86d8b9cddb3738bc2a0f9

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1010162592	PRIMER_APELLIDO	TORRES
SEGUNDO_APELLIDO		PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	CARLOS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	47605
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13074

Fecha Emision: 14/01/2025
Fecha Vencim: 13/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	NELSON DAVID GONZALEZ RUDAS	**Identif:**	CC 1085107136
Edad:	18A 10M 15D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	29/10/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	CL AL FRENTE DE PICHI # LIBERTADORES -	**Telefonos:**	Tel:3133851127 Cel:3133851127
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 14/01/2025 **F.Egreso:** 14/01/2025	**Num Autorización:**	50845
Programa:			
Prestador:	SANTIAGO OLIVEROS MUÑOZ		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1	$ 0,00	$ 256.230,00	$ 256.230,00

Son: Trescientos ochenta y dos mil cuatrocientos treinta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 382.430

Observaciones:

Total Servicios	382.430,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	382.430,00

YEREMI PEREZ ACOSTA
Facturador

NELSON DAVID GONZALEZ RUDAS
Paciente

CUFE: 8abd2b1a87290f6e4c6319106a3587127959707baa0c3bfcfc6d0c0cc55ff57c2196d7018691896b02122bec8607e03a

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1085107136	PRIMER_APELLIDO	GONZALEZ
SEGUNDO_APELLIDO	RUDAS	PRIMER_NOMBRE	NELSON
SEGUNDO_NOMBRE	DAVID	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	50845
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13132

Fecha Emision: 16/01/2025
Fecha Vencim: 15/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	DANIEL SEGUNDO GARCIA GALEANO	**Identif:**	CC 1143431137
Edad:	20A 0M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	14/09/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON DEL EJERCITO	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 16/01/2025 **F.Egreso:** 16/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	1	$ 0,00	$ 256.200,00	$ 256.200,00

Son: Doscientos cincuenta y seis mil doscientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 256.200

Observaciones:

Total Servicios	256.200,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	256.200,00

ELSY INSUASTY ALDANA
Facturador

DANIEL SEGUNDO GARCIA GALEANO
Paciente

CUFE: 062f73349d13e9ff8d532cf5669107811fabdd56862467589fa44c7ce2d5d4f26dc0ef0c0e9404037fbfb8eba6ec9a55

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1143431137	PRIMER_APELLIDO	GARCIA
SEGUNDO_APELLIDO	GALEANO	PRIMER_NOMBRE	DANIEL
SEGUNDO_NOMBRE	SEGUNDO	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13133

Fecha Emision: 16/01/2025
Fecha Vencim: 15/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	DANIEL SEGUNDO GARCIA GALEANO	**Identif:**	CC 1143431137
Edad:	20A 0M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	14/09/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON DEL EJERCITO	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 16/01/2025 **F.Egreso:** 16/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS)	1	$ 0,00	$ 497.700,00	$ 497.700,00

Son: Cuatrocientos noventa y siete mil setecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 497.700

Observaciones:

Total Servicios	497.700,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	497.700,00

ELSY INSUASTY ALDANA
Facturador

DANIEL SEGUNDO GARCIA GALEANO
Paciente

CUFE: e56ab35474cee80554ff9e51e38adec1ff0e06d02b634930472114d75c14df59784fe3aeca2e23903d5a5a3bf78aafc9

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1143431137	PRIMER_APELLIDO	GARCIA
SEGUNDO_APELLIDO	GALEANO	PRIMER_NOMBRE	DANIEL
SEGUNDO_NOMBRE	SEGUNDO	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13244

Fecha Emision: 20/01/2025
Fecha Vencim: 19/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	EDUARDO LUIS MARTINEZ JIMENEZ	**Identif:**	CC 1082891535
Edad:	18A 11M 15D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	29/09/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3212826011 Cel:3212826011
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 19/01/2025 **F.Egreso:** 19/01/2025	**Num Autorización:**	2025-01-5838
Programa:			
Prestador:	DYLAN ALEXANDER ARANGO TARAZONA SSO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0507	JERINGA 5 ML C/A 21G X 1 1/2	2	$ 0,00	$ 441,00	$ 882,00
MEDICAMENTOS					
19934768-18	DICLOFENACO 75 MG/3ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 942,00	$ 942,00
19942777-13	DEXAMETASONA 8 MG./2ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 903,00	$ 903,00
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1	$ 0,00	$ 105.100,00	$ 105.100,00

Son: Doscientos treinta y cuatro mil veintisiete pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 234.027

Observaciones:

Total Servicios	234.027,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	234.027,00

ISAIAS LOPEZ GONZALEZ
Facturador

EDUARDO LUIS MARTINEZ JIMENEZ
Paciente

CUFE: 1bbd718f78cc305b9dc8af26141fca551dd9def2128b71fa6f3eed6397b2f86d90f6171fcb57d49f7b427bc70aef0241

SECTOR SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13244

Fecha Emision: 20/01/2025
Fecha Vencim: 19/02/2025

Cliente: DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_ **Nit:** 901540992
Contrato: **DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001 **Telefono:** 3223539048
Direccion: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR **Regimen:** OTRO

Paciente: EDUARDO LUIS MARTINEZ JIMENEZ **Identif:** CC 1082891535
Edad: 18A 11M 15D **Municipio:** INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac: 29/09/2006 **Sexo:** M
Direccion: VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA **Telefonos:** Tel:3212826011 Cel:3212826011
Servicio: Urgencias **F.Ingreso:** 19/01/2025 **F.Egreso:** 19/01/2025 **Num Autorización:** 2025-01-5838
Programa:
Prestador: DYLAN ALEXANDER ARANGO TARAZONA SSO

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1082891535	PRIMER_APELLIDO	MARTINEZ
SEGUNDO_APELLIDO	JIMENEZ	PRIMER_NOMBRE	EDUARDO
SEGUNDO_NOMBRE	LUIS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción beneficiario
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	2025-01-5838
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13247

Fecha Emision: 21/01/2025
Fecha Vencim: 20/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA	**Identif:**	CC 1121710506
Edad:	43A 7M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/02/1982	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO LIBERTADORES	**Telefonos:**	Tel:3138080472 Cel:3138080472
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 20/01/2025 **F.Egreso:** 21/01/2025	**Num Autorización:**	2025-01-90072
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
DERECHOS DE SALA					
5DSM01	S SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	1	$ 0,00	$ 181.300,00	$ 181.300,00
LABORATORIO CLINICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 53.100,00	$ 53.100,00
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 30.700,00	$ 30.700,00
903856	NITROGENO UREICO	1	$ 0,00	$ 25.600,00	$ 25.600,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.074,00	$ 2.074,00
INS0472	CATETER INTRAVENOSO #18 G	1	$ 0,00	$ 6.459,00	$ 6.459,00
INS0507	JERINGA 5 ML C/A 21G X 1 1/2	3	$ 0,00	$ 441,00	$ 1.323,00
MEDICAMENTOS					
32606-2	LACTATO DE RINGER X 500 ML (BAXTER)	4	$ 0,00	$ 4.252,00	$ 17.008,00
19959402-1	DIPIRONA/N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 2.5/0.02 GR/5ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 3.952,00	$ 3.952,00
19922566-09	OMEPRAZOL 40 MG	1	$ 0,00	$ 4.881,00	$ 4.881,00
230145-1	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML INYECTABLE RYAN	1	$ 0,00	$ 635,00	$ 635,00
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1	$ 0,00	$ 105.100,00	$ 105.100,00

Son: Quinientos cincuenta y ocho mil trescientos treinta y dos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 558.332

Observaciones:

Total Servicios	558.332,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	558.332,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13247

Fecha Emision: 21/01/2025
Fecha Vencim: 20/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA	**Identif:**	CC 1121710506
Edad:	43A 7M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/02/1982	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO LIBERTADORES	**Telefonos:**	Tel:3138080472 Cel:3138080472
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 20/01/2025 **F.Egreso:** 21/01/2025	**Num Autorización:**	2025-01-90072
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

ISAIAS LOPEZ GONZALEZ
Facturador

MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA
Paciente

CUFE: 6e1b65ccee548d07cd593189df25ebdcc97a373d3d7d1704779b9a0c0dced2b9856780592e29b79b003c75a78119cd89

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121710506	PRIMER_APELLIDO	DOMINGUEZ
SEGUNDO_APELLIDO	SOLOZA	PRIMER_NOMBRE	MIRYAN
SEGUNDO_NOMBRE	ELENA	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	2025-01-90072
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13302

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	YIMER NICOLAS TOBIAN CALDERON	**Identif:**	CC 1192919915
Edad:	31A 1M 18D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	30/07/1994	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3103206314 Cel:3103206314
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 20/01/2025 **F.Egreso:** 20/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	SANDRA JIMENEZ ARIAS		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 122.300,00	$ 122.300,00
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
873210	RADIOGRAFIA DE MANO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00
873210	RADIOGRAFIA DE MANO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00

Son: Cuatrocientos sesenta y cinco mil cien pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 465.100

Observaciones:

Total Servicios	465.100,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	465.100,00

CARLOS EDWIN SANDOVAL DIAZ
Facturador

YIMER NICOLAS TOBIAN CALDERON
Paciente

CUFE: 0171d4ebc6acb088e5cdecb8ba5f6bf9529ac7fe629f0f1935f042507143e637ed78ed0f3e186d0c01344bfd22ae5a2c

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1192919915	PRIMER_APELLIDO	TOBIAN
SEGUNDO_APELLIDO	CALDERON	PRIMER_NOMBRE	YIMER
SEGUNDO_NOMBRE	NICOLAS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	0
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13303

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	WILMER CIFUENTES VASQUEZ	**Identif:**	CC 1006697487
Edad:	23A 6M 16D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	28/02/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3165239226 Cel:3165239226
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 20/01/2025 **F.Egreso:** 20/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	SANDRA JIMENEZ ARIAS		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 122.300,00	$ 122.300,00
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
873205	RADIOGRAFIA DE CODO	1	$ 0,00	$ 108.258,00	$ 108.258,00
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00

Son: Cuatrocientos sesenta y cinco mil cincuenta y ocho pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 465.058

Observaciones:

Total Servicios	465.058,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	465.058,00

CARLOS EDWIN SANDOVAL DIAZ
Facturador

WILMER CIFUENTES VASQUEZ
Paciente

CUFE: bc11d79e3a9da8731ed647fce9e846a8dd4eb0c192989a3908c455ee2c170a38e769eef7a2ce6e57e5efe931ff583e80

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1006697487	PRIMER_APELLIDO	CIFUENTES
SEGUNDO_APELLIDO	VASQUEZ	PRIMER_NOMBRE	WILMER
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	0
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13323

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUAN GABRIEL LOAIZA RODRIGUEZ	**Identif:**	CC 14107024
Edad:	40A 9M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	25/11/1984	**Sexo:**	M
Direccion:	EJERCITO VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3134802250 Cel:3134802250
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

JUAN GABRIEL LOAIZA RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: 728cfb476a66c09f59ceb0afc3ad485c5a1fb3e5a1a8428057fb8fdd01c9057388c79e715b1bfcbd55bbbc82f7e2e53d

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	14107024	PRIMER_APELLIDO	LOAIZA
SEGUNDO_APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	GABRIEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13327

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	LUIS GABRIEL BASSA REDONDO	**Identif:**	CC 8526773
Edad:	42A 6M 20D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	1/03/1983	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO-BATALLON DEL EJERCITO	**Telefonos:**	Tel:3145352089 Cel:3145352089
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

SAYDI CAROLINA CASTILLO MORA
Facturador

LUIS GABRIEL BASSA REDONDO
Paciente

CUFE: c5d5c1459968edae4285948ee098223a03a00e74fe4a7e9c52b49fe09cdb774d28986893729ecd1b80bc608f0bbfaf12

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	8526773	PRIMER_APELLIDO	BASSA
SEGUNDO_APELLIDO	REDONDO	PRIMER_NOMBRE	LUIS
SEGUNDO_NOMBRE	GABRIEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13330

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	YAHN CARLOS BAEZ CRISTANCHO	**Identif:**	CC 1053614434
Edad:	28A 5M 26D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	21/03/1997	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON EJERCITO	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

YAHN CARLOS BAEZ CRISTANCHO
Paciente

CUFE: 2335d96ccef677667f16d079ee02e9aa8cc75b3a658b9b63f6a26ebdc059b0b86960011ee2cf34ec9cbcdf467806ffe5

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1053614434	PRIMER_APELLIDO	BAEZ
SEGUNDO_APELLIDO	CRISTANCHO	PRIMER_NOMBRE	YAHN
SEGUNDO_NOMBRE	CARLOS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13334

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIGUEL ANGEL VELASQUEZ RENZA	**Identif:**	CC 1061801913
Edad:	28A 8M 18D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	28/12/1996	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA BATALLON	**Telefonos:**	Tel:3203899517 Cel:3203899517
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

MIGUEL ANGEL VELASQUEZ RENZA
Paciente

CUFE: ec791f07116639347e817edff31901a6c9ef81eeb041af2344f04fceaad5cd65e0f47de762d1c6b6c87b0baa20850e43

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1061801913	PRIMER_APELLIDO	VELASQUEZ
SEGUNDO_APELLIDO	RENZA	PRIMER_NOMBRE	MIGUEL
SEGUNDO_NOMBRE	ANGEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13336

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	YEISON JULIAN GUARIARITA MAPAYO	**Identif:**	CC 1116206453
Edad:	34A 3M 26D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	23/05/1991	**Sexo:**	M
Direccion:	via al coco	**Telefonos:**	Tel:3143166179 Cel:3143166179
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	CAROLINA PARDO DAVILA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ELSY INSUASTY ALDANA
Facturador

YEISON JULIAN GUARIARITA MAPAYO
Paciente

CUFE: 9cae4311dd9f751d237d8d978165a5aca3c71d6ecf8784292fc60edd78df34db397d647c79f1c9dce77de1a5e9524ae2

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1116206453	PRIMER_APELLIDO	GUARIARITA
SEGUNDO_APELLIDO	MAPAYO	PRIMER_NOMBRE	YEISON
SEGUNDO_NOMBRE	JULIAN	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13337

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUNIOR AGAPITO AGUILAR	**Identif:**	CC 1121707321
Edad:	20A 6M 20D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	23/02/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	PRIMAVERA II	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	CAROLINA PARDO DAVILA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ELSY INSUASTY ALDANA
Facturador

JUNIOR AGAPITO AGUILAR
Paciente

CUFE: 9de9c3056d187e171ec4c873bfd1ee4e0e84f904699e7e1d343bc406abb0013ad71242570726876038b8e4ffd8bd2d42

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121707321	PRIMER_APELLIDO	AGAPITO
SEGUNDO_APELLIDO	AGUILAR	PRIMER_NOMBRE	JUNIOR
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13338

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	DANIEL SEGUNDO GARCIA GALEANO	**Identif:**	CC 1143431137
Edad:	20A 0M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	14/09/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON DEL EJERCITO	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	CAROLINA PARDO DAVILA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ELSY INSUASTY ALDANA
Facturador

DANIEL SEGUNDO GARCIA GALEANO
Paciente

CUFE: c133ad6af7bf0197ba577405cd23e5f08bd43107231513e9d4280726e44254917345769860f01107b4e273e40f346fcc

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1143431137	PRIMER_APELLIDO	GARCIA
SEGUNDO_APELLIDO	GALEANO	PRIMER_NOMBRE	DANIEL
SEGUNDO_NOMBRE	SEGUNDO	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13345

Fecha Emision: 23/01/2025
Fecha Vencim: 22/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	KEIMER ESTEBAN BARRERA LONDOÑO	**Identif:**	CC 1045424189
Edad:	19A 7M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	20/01/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	EL BATALLON	**Telefonos:**	Tel:3142574983 Cel:3142574983
Servicio:	**F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

KEIMER ESTEBAN BARRERA LONDOÑO
Paciente

CUFE: f4153be7db0a8bde8c7ac2bf3d80326863d73e1eea6080751ac8de88b8be48cc27d0bfda17804b70e2bdf0088385ea58

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1045424189	PRIMER_APELLIDO	BARRERA
SEGUNDO_APELLIDO	LONDOÑO	PRIMER_NOMBRE	KEIMER
SEGUNDO_NOMBRE	ESTEBAN	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13353

Fecha Emision: 24/01/2025
Fecha Vencim: 23/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA	**Identif:**	CC 1121710506
Edad:	43A 7M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/02/1982	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO LIBERTADORES	**Telefonos:**	Tel:3138080472 Cel:3138080472
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 24/01/2025 **F.Egreso:** 24/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	$ 0,00	$ 32.000,00	$ 32.000,00
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	$ 0,00	$ 53.800,00	$ 53.800,00
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 63.400,00	$ 63.400,00
903818	COLESTEROL TOTAL	1	$ 0,00	$ 65.300,00	$ 65.300,00
903868	TRIGLICERIDOS	1	$ 0,00	$ 35.900,00	$ 35.900,00

Son: Doscientos cincuenta mil cuatrocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 250.400

Observaciones:

Total Servicios	250.400,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	250.400,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA
Paciente

CUFE: 2bacaec840c6d82ff5def98753f6b188ac433f254bafc8da0218fbd3fcd64a1f66edc9386760175e7eaa9952c7632a37

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121710506	PRIMER_APELLIDO	DOMINGUEZ
SEGUNDO_APELLIDO	SOLOZA	PRIMER_NOMBRE	MIRYAN
SEGUNDO_NOMBRE	ELENA	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13361

Fecha Emision: 24/01/2025
Fecha Vencim: 23/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	HELBERTH STIBER COCUY ACOSTA	**Identif:**	CC 1121714627
Edad:	19A 3M 9D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	5/06/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	INVASION EL JARDIN	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 24/01/2025 **F.Egreso:** 24/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1	$ 0,00	$ 256.230,00	$ 256.230,00

Son: Doscientos cincuenta y seis mil doscientos treinta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 256.230

Observaciones:

Total Servicios	256.230,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	256.230,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

HELBERTH STIBER COCUY ACOSTA
Paciente

CUFE: 2c1676ee177937a77db2d35f25d1a949adda72b12cba3a0380e71e093e59457239bb78dc6bfd618eb6093097fab55298

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121714627	PRIMER_APELLIDO	COCUY
SEGUNDO_APELLIDO	ACOSTA	PRIMER_NOMBRE	HELBERTH
SEGUNDO_NOMBRE	STIBER	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13362

Fecha Emision: 24/01/2025
Fecha Vencim: 23/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MARIA ANGEL CANGREJO RIOS	**Identif:**	TI 1205966206
Edad:	9A 10M 11D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	31/10/2015	**Sexo:**	F
Direccion:	AMERICAS CLL 26 B # 25-20	**Telefonos:**	Tel:3126693788 Cel:3126693788
Servicio:	**F.Ingreso:** 24/01/2025 **F.Egreso:** 24/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS)	1	$ 0,00	$ 497.700,00	$ 497.700,00

Son: Cuatrocientos noventa y siete mil setecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 497.700

Observaciones:

Total Servicios	497.700,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	497.700,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

MARIA ANGEL CANGREJO RIOS
Paciente

CUFE: 2fac46b289342a54f43bd3a04a244212d28e390aa83fbb571fd9a1952a5f30378c957a9cb3a12b5a207c3cf568da4574

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Tarjeta de Identidad
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1205966206	PRIMER_APELLIDO	CANGREJO
SEGUNDO_APELLIDO	RIOS	PRIMER_NOMBRE	MARIA
SEGUNDO_NOMBRE	ANGEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción beneficiario
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13378

Fecha Emision: 24/01/2025
Fecha Vencim: 23/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA	**Identif:**	CC 1121710506
Edad:	43A 7M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/02/1982	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO LIBERTADORES	**Telefonos:**	Tel:3138080472 Cel:3138080472
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	125180
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
LABORATORIO CLINICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 53.100,00	$ 53.100,00
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 30.700,00	$ 30.700,00
903856	NITROGENO UREICO	1	$ 0,00	$ 25.600,00	$ 25.600,00
907106	UROANALISIS	1	$ 0,00	$ 34.000,00	$ 34.000,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0503	JERINGA 10 ML C/A 21 X 1 1/2	1	$ 0,00	$ 700,00	$ 700,00
MEDICAMENTOS					
19934768-18	DICLOFENACO 75 MG/3ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 942,00	$ 942,00
19913783-1	DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETAS	1	$ 0,00	$ 148,00	$ 148,00

Son: Doscientos setenta y un mil trescientos noventa pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 271.390

Observaciones:

Total Servicios	271.390,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	271.390,00

NURY ESTELA LOPEZ SAENZ
Facturador

MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA
Paciente

CUFE: eb7f5c6bd37d318895a4ac952b06224aadbd9f7d3c89b6023561769943ce773031560eda38df0352241145a84ce02c82

SECTOR SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13378

Fecha Emision: 24/01/2025
Fecha Vencim: 23/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA	**Identif:**	CC 1121710506
Edad:	43A 7M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/02/1982	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO LIBERTADORES	**Telefonos:**	Tel:3138080472 Cel:3138080472
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025	**Num Autorización:**	125180
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121710506	PRIMER_APELLIDO	DOMINGUEZ
SEGUNDO_APELLIDO	SOLOZA	PRIMER_NOMBRE	MIRYAN
SEGUNDO_NOMBRE	ELENA	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	125180
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13379

Fecha Emision: 24/01/2025
Fecha Vencim: 23/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MARIA ANGEL CANGREJO RIOS	**Identif:**	TI 1205966206
Edad:	9A 10M 11D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	31/10/2015	**Sexo:**	F
Direccion:	AMERICAS CLL 26 B # 25-20	**Telefonos:**	Tel:3126693788 Cel:3126693788
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 24/01/2025 **F.Egreso:** 24/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 53.200,00	$ 53.200,00

Son: Cincuenta y tres mil doscientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 53.200

Observaciones:

Total Servicios	53.200,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	53.200,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

MARIA ANGEL CANGREJO RIOS
Paciente

CUFE: 2e6d2586c56178158c1212963acde50e58b30875147e5a69cb4f91334633303fb7fb2a6a44f9bb9503fbc0ea12d8c5a2

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Tarjeta de Identidad
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1205966206	PRIMER_APELLIDO	CANGREJO
SEGUNDO_APELLIDO	RIOS	PRIMER_NOMBRE	MARIA
SEGUNDO_NOMBRE	ANGEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción beneficiario
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13391

Fecha Emision: 26/01/2025
Fecha Vencim: 25/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA	**Identif:**	CC 1121710506
Edad:	43A 7M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/02/1982	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO LIBERTADORES	**Telefonos:**	Tel:3138080472 Cel:3138080472
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 25/01/2025 **F.Egreso:** 25/01/2025	**Num Autorización:**	136790
Programa:			
Prestador:	EMPERATRIZ CARVAJALINO GARRIDO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
DERECHOS DE SALA					
5DSM01	S SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	1	$ 0,00	$ 181.300,00	$ 181.300,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.074,00	$ 2.074,00
INS0472	CATETER INTRAVENOSO #18 G	1	$ 0,00	$ 6.459,00	$ 6.459,00
INS0507	JERINGA 5 ML C/A 21G X 1 1/2	2	$ 0,00	$ 441,00	$ 882,00
MEDICAMENTOS					
32606-2	LACTATO DE RINGER X 500 ML (BAXTER)	3	$ 0,00	$ 4.252,00	$ 12.756,00
19959402-1	DIPIRONA/N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 2.5/0.02 GR/5ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 3.952,00	$ 3.952,00
20062114-1	OMEPRAZOL 40 MG/VIAL INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 4.957,00	$ 4.957,00

Son: Trescientos treinta y ocho mil quinientos ochenta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 338.580

Observaciones:

Total Servicios	338.580,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	338.580,00

ISAIAS LOPEZ GONZALEZ
Facturador

MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA
Paciente

CUFE: fa6f60c41699e2d3a75b117fbfeba6501f224faafdbae11e63f7b70979ca77ff481eda7096d727f949a40f3e1811c6a5

SECTOR SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13391

Fecha Emision: 26/01/2025
Fecha Vencim: 25/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	MIRYAN ELENA DOMINGUEZ SOLOZA	**Identif:**	CC 1121710506
Edad:	43A 7M 0D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	19/02/1982	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO LIBERTADORES	**Telefonos:**	Tel:3138080472 Cel:3138080472
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 25/01/2025 **F.Egreso:** 25/01/2025	**Num Autorización:**	136790
Programa:			
Prestador:	EMPERATRIZ CARVAJALINO GARRIDO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121710506	PRIMER_APELLIDO	DOMINGUEZ
SEGUNDO_APELLIDO	SOLOZA	PRIMER_NOMBRE	MIRYAN
SEGUNDO_NOMBRE	ELENA	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	136790
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13400

Fecha Emision: 27/01/2025
Fecha Vencim: 26/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUAN CARLOS TORRES	**Identif:**	CC 1010162592
Edad:	21A 9M 22D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	22/11/2003	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO DEPTO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3204782386 Cel:3204782386
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 27/01/2025 **F.Egreso:** 27/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 53.200,00	$ 53.200,00
902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	$ 0,00	$ 27.500,00	$ 27.500,00

Son: Ochenta mil setecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 80.700

Observaciones:

Total Servicios	80.700,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	80.700,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

JUAN CARLOS TORRES
Paciente

CUFE: 9ccba6e40968d1540cd0c201fe5c92d0673521d3336ddeb0db12eb2e2dc912aba314a1766c74f4cfbed6cce91a31bebf

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1010162592	PRIMER_APELLIDO	TORRES
SEGUNDO_APELLIDO		PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	CARLOS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13427

Fecha Emision: 28/01/2025
Fecha Vencim: 27/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUAN GABRIEL LOAIZA RODRIGUEZ	**Identif:**	CC 14107024
Edad:	40A 9M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	25/11/1984	**Sexo:**	M
Direccion:	EJERCITO VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3134802250 Cel:3134802250
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 28/01/2025 **F.Egreso:** 28/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)	1	$ 0,00	$ 140.300,00	$ 140.300,00

Son: Ciento cuarenta mil trescientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 140.300

Observaciones:

Total Servicios	140.300,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	140.300,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

JUAN GABRIEL LOAIZA RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: 5261e6a79b19806fb7683d72131a5378e2264e6aaf8236ac1111c3387f372b0e33e3133a46860519eb40acf4b64ca7a5

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	14107024	PRIMER_APELLIDO	LOAIZA
SEGUNDO_APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	GABRIEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13429

Fecha Emision: 28/01/2025
Fecha Vencim: 27/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	SARA VICTORIA CRUZATE HERNANDEZ	**Identif:**	RC 1121726006
Edad:	3A 9M 13D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	27/11/2021	**Sexo:**	F
Direccion:	BARRIO EL POBLADO	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 28/01/2025 **F.Egreso:** 28/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	NOHEMI JARRICEL CERON CERON		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	$ 0,00	$ 55.700,00	$ 55.700,00

Son: Cincuenta y cinco mil setecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 55.700

Observaciones:

Total Servicios	55.700,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	55.700,00

ELSY INSUASTY ALDANA
Facturador

SARA VICTORIA CRUZATE HERNANDEZ
Paciente

CUFE: ee17d6ca9ea4253874a0aebfa05b5301893a65a35da0ac8194b8a2334500006a39aedb844b6623649e7294ef017d5e3e

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Registro Civil
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121726006	PRIMER_APELLIDO	CRUZATE
SEGUNDO_APELLIDO	HERNANDEZ	PRIMER_NOMBRE	SARA
SEGUNDO_NOMBRE	VICTORIA	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción beneficiario
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13430

Fecha Emision: 28/01/2025
Fecha Vencim: 27/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ	**Identif:**	CC 1048273710
Edad:	19A 9M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	20/11/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	EL BATALLON BIPIN 45	**Telefonos:**	Tel:3212432828 Cel:3212432828
Servicio:	**F.Ingreso:** 28/01/2025 **F.Egreso:** 28/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

SAYDI CAROLINA CASTILLO MORA
Facturador

KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ
Paciente

CUFE: 81d67c78a2dc9b5880b024be1035b8f625efef52b747106091472ba9c802ead55289782f1cd612bb524a9326c80a92d9

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1048273710	PRIMER_APELLIDO	PALENCIA
SEGUNDO_APELLIDO	MARTINEZ	PRIMER_NOMBRE	KEINER
SEGUNDO_NOMBRE	JOSE	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13446

Fecha Emision: 28/01/2025
Fecha Vencim: 27/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUNIOR AGAPITO AGUILAR	**Identif:**	CC 1121707321
Edad:	20A 6M 20D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	23/02/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	PRIMAVERA II	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 28/01/2025 **F.Egreso:** 28/01/2025	**Num Autorización:**	152285
Programa:			
Prestador:	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

JUNIOR AGAPITO AGUILAR
Paciente

CUFE: cedef863a12881b827a62a55b7c950ef743f085853db4eb82455f7554420fd129e30934b8ceab0846b95b614edae7b38

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121707321	PRIMER_APELLIDO	AGAPITO
SEGUNDO_APELLIDO	AGUILAR	PRIMER_NOMBRE	JUNIOR
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	152285
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13457

Fecha Emision: 29/01/2025
Fecha Vencim: 28/02/2025

Cliente: DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_ **Nit:** 901540992
Contrato: **DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001 **Telefono:** 3223539048
Direccion: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR **Regimen:** OTRO

Paciente: YEISON JULIAN GUARIARITA MAPAYO **Identif:** CC 1116206453
Edad: 34A 3M 26D **Municipio:** INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac: 23/05/1991 **Sexo:** M
Direccion: via al coco **Telefonos:** Tel:3143166179 Cel:3143166179
Servicio: Consulta Externa **F.Ingreso:** 23/01/2025 **F.Egreso:** 23/01/2025 **Num Autorización:**
Programa:
Prestador:

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
903818	COLESTEROL TOTAL	1	$ 0,00	$ 65.300,00	$ 65.300,00
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 63.400,00	$ 63.400,00
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	$ 0,00	$ 53.800,00	$ 53.800,00
903868	TRIGLICERIDOS	1	$ 0,00	$ 35.900,00	$ 35.900,00
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	$ 0,00	$ 117.200,00	$ 117.200,00
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 30.700,00	$ 30.700,00

Son: Trescientos sesenta y seis mil trescientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 366.300

Observaciones:

Total Servicios	366.300,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	366.300,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

YEISON JULIAN GUARIARITA MAPAYO
Paciente

CUFE: aa81377e24490547a886a8c0d0763963508466aefd8d4fa791feb61e284bcb66987bcbb35e32888dc0d2d64aa12a881d

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1116206453	PRIMER_APELLIDO	GUARIARITA
SEGUNDO_APELLIDO	MAPAYO	PRIMER_NOMBRE	YEISON
SEGUNDO_NOMBRE	JULIAN	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13458

Fecha Emision: 29/01/2025
Fecha Vencim: 28/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	HAROLD ALEXIS RIASCOS RIASCOS	**Identif:**	CC 1087121863
Edad:	37A 6M 26D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	22/02/1988	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 29/01/2025 **F.Egreso:** 29/01/2025	**Num Autorización:**	124364
Programa:			
Prestador:	NOHEMI JARRICEL CERON CERON		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	$ 0,00	$ 55.700,00	$ 55.700,00

Son: Cincuenta y cinco mil setecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 55.700

Observaciones:

Total Servicios	55.700,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	55.700,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

HAROLD ALEXIS RIASCOS RIASCOS
Paciente

CUFE: 0a74e77f5baaf1c16bedba167506299dc51d24e5d74d0739039d3ebe5788f6bdb3e6841558ea2f8b8bef96e2ecd66fed

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1087121863	PRIMER_APELLIDO	RIASCOS
SEGUNDO_APELLIDO	RIASCOS	PRIMER_NOMBRE	HAROLD
SEGUNDO_NOMBRE	ALEXIS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción beneficiario
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13459

Fecha Emision: 29/01/2025
Fecha Vencim: 28/02/2025

Cliente: DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_ **Nit:** 901540992
Contrato: **DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001 **Telefono:** 3223539048
Direccion: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR **Regimen:** OTRO

Paciente: JUAN DANIEL CRIOLLO TALAGA **Identif:** CC 1006508393
Edad: 22A 11M 25D **Municipio:** INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac: 20/09/2002 **Sexo:** M
Direccion: **Telefonos:** Tel:3115586465 Cel:3115586465
Servicio: Consulta Externa **F.Ingreso:** 29/01/2025 **F.Egreso:** 29/01/2025 **Num Autorización:**
Programa:
Prestador:

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 53.100,00	$ 53.100,00
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	$ 0,00	$ 32.000,00	$ 32.000,00

Son: Ochenta y cinco mil cien pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 85.100

Observaciones:

Total Servicios	85.100,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	85.100,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

JUAN DANIEL CRIOLLO TALAGA
Paciente

CUFE: 9b28ba091f66836bcb9002b97f9e0a899d95e1b905e4c23e4bba69233554b9f3e27acb2aff4bedd2276ca6b2a5e32525

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1006508393	PRIMER_APELLIDO	CRIOLLO
SEGUNDO_APELLIDO	TALAGA	PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	DANIEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13463

Fecha Emision: 29/01/2025
Fecha Vencim: 28/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUAN DANIEL CRIOLLO TALAGA	**Identif:**	CC 1006508393
Edad:	22A 11M 25D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	20/09/2002	**Sexo:**	M
Direccion:		**Telefonos:**	Tel:3115586465 Cel:3115586465
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 29/01/2025 **F.Egreso:** 29/01/2025	**Num Autorización:**	152039
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	1	$ 0,00	$ 153.700,00	$ 153.700,00

Son: Ciento cincuenta y tres mil setecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 153.700

Observaciones:

Total Servicios	153.700,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	153.700,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

JUAN DANIEL CRIOLLO TALAGA
Paciente

CUFE: ed784845150aa226d7bf511639c8eb56d853acd3eb3957e040b8b2fef6e3c3ebf5d83753bb8f7cb5240a373c257b4c05

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1006508393	PRIMER_APELLIDO	CRIOLLO
SEGUNDO_APELLIDO	TALAGA	PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	DANIEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13465

Fecha Emision: 29/01/2025
Fecha Vencim: 28/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUNIOR AGAPITO AGUILAR	**Identif:**	CC 1121707321
Edad:	20A 6M 20D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	23/02/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	PRIMAVERA II	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 29/01/2025 **F.Egreso:** 29/01/2025	**Num Autorización:**	152297
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
881130	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	1	$ 0,00	$ 256.230,00	$ 256.230,00

Son: Doscientos cincuenta y seis mil doscientos treinta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 256.230

Observaciones:

Total Servicios	256.230,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	256.230,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

JUNIOR AGAPITO AGUILAR
Paciente

CUFE: cecd79306c6f7b7b8143bf45de2e2cacb8deb63414daae8a3ff43757d72661c225e4be16d51d6667d8287221d79bc12c

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1121707321	PRIMER_APELLIDO	AGAPITO
SEGUNDO_APELLIDO	AGUILAR	PRIMER_NOMBRE	JUNIOR
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13466

Fecha Emision: 29/01/2025
Fecha Vencim: 28/02/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	DIEGO NOVOA DIAZ	**Identif:**	CC 1069434842
Edad:	29A 4M 3D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	14/05/1996	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON EJERCITO VIA AL COCO	**Telefonos:**	
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 29/01/2025 **F.Egreso:** 29/01/2025	**Num Autorización:**	112152
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
873443	COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGAR	1	$ 0,00	$ 63.400,00	$ 63.400,00

Son: Sesenta y tres mil cuatrocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 63.400

Observaciones:

Total Servicios	63.400,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	63.400,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

DIEGO NOVOA DIAZ
Paciente

CUFE: ac4d42b01b67432e8c7dad6baae0bbe33d18fe15c007d934950cb1be5043db11806d4b2e84f6b3ea5d77e1bb0facf21f

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1069434842	PRIMER_APELLIDO	NOVOA
SEGUNDO_APELLIDO	DIAZ	PRIMER_NOMBRE	DIEGO
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción beneficiario
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13483

Fecha Emision: 30/01/2025
Fecha Vencim: 1/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	YEINER YECID GOMEZ MONTERO	**Identif:**	CC 1006890885
Edad:	35A 8M 25D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	23/12/1989	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON VIA COCO	**Telefonos:**	Tel:3207667303 Cel:3207667303
Servicio:	**F.Ingreso:** 30/01/2025 **F.Egreso:** 30/01/2025	**Num Autorización:**	124371
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

YEINER YECID GOMEZ MONTERO
Paciente

CUFE: b2779b72b303b6352bc549d6ebd94a5b41def606b1f0b2f8d199766ab83156baeec7d2c198004c67ce95c0864a23a6eb

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1006890885	PRIMER_APELLIDO	GOMEZ
SEGUNDO_APELLIDO	MONTERO	PRIMER_NOMBRE	YEINER
SEGUNDO_NOMBRE	YECID	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13487

Fecha Emision: 30/01/2025
Fecha Vencim: 1/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ	**Identif:**	CC 1048273710
Edad:	19A 9M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	20/11/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	EL BATALLON BIPIN 45	**Telefonos:**	Tel:3212432828 Cel:3212432828
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 30/01/2025 **F.Egreso:** 30/01/2025	**Num Autorización:**	175244
Programa:			
Prestador:	SANDRA JIMENEZ ARIAS		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	1	$ 0,00	$ 216.500,00	$ 216.500,00

Son: Doscientos dieciséis mil quinientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 216.500

Observaciones:

Total Servicios	216.500,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	216.500,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ
Paciente

CUFE: 7c5d17d811c70e173cd70f293781678b5d3375f448e41d41e4dbdecfc037d6b779283c90c51cd21c3f6abce6eb13e410

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1048273710	PRIMER_APELLIDO	PALENCIA
SEGUNDO_APELLIDO	MARTINEZ	PRIMER_NOMBRE	KEINER
SEGUNDO_NOMBRE	JOSE	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	175244
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13493

Fecha Emision: 30/01/2025
Fecha Vencim: 1/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	JUAN GABRIEL LOAIZA RODRIGUEZ	**Identif:**	CC 14107024
Edad:	40A 9M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	25/11/1984	**Sexo:**	M
Direccion:	EJERCITO VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3134802250 Cel:3134802250
Servicio:	**F.Ingreso:** 30/01/2025 **F.Egreso:** 30/01/2025	**Num Autorización:**	175321
Programa:			
Prestador:	NOHEMI JARRICEL CERON CERON		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	$ 0,00	$ 55.700,00	$ 55.700,00

Son: Cincuenta y cinco mil setecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 55.700

Observaciones:

Total Servicios	55.700,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	55.700,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

JUAN GABRIEL LOAIZA RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: 0f85c8105a72dfd66f080cc0e50a5a28c276855ec8c799e136ee492cc8dee00fc5b10de1468a22a2742218fe8f98eaea

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	14107024	PRIMER_APELLIDO	LOAIZA
SEGUNDO_APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	GABRIEL	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13496

Fecha Emision: 30/01/2025
Fecha Vencim: 1/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	YIMER NICOLAS TOBIAN CALDERON	**Identif:**	CC 1192919915
Edad:	31A 1M 18D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	30/07/1994	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3103206314 Cel:3103206314
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 3/01/2025 **F.Egreso:** 3/01/2025	**Num Autorización:**	8837
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 122.300,00	$ 122.300,00
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
DERECHOS DE SALA					
5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	1	$ 0,00	$ 148.600,00	$ 148.600,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0507	JERINGA 5 ML C/A 21G X 1 1/2	1	$ 0,00	$ 441,00	$ 441,00
MEDICAMENTOS					
19934768-18	DICLOFENACO 75 MG/3ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 942,00	$ 942,00
19942777-13	DEXAMETASONA 8 MG./2ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 903,00	$ 903,00
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
873210	RADIOGRAFIA DE MANO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00
935304	INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	1	$ 0,00	$ 120.400,00	$ 120.400,00

Son: Seiscientos veintiocho mil ochenta y seis pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 628.086

Observaciones:

Total Servicios	628.086,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	628.086,00

YEREMI PEREZ ACOSTA
Facturador

YIMER NICOLAS TOBIAN CALDERON
Paciente

CUFE: 5bd2bdee2a9b8a5eae88a54250bef3bc4db3907cc46551d2eebb0442e0067300a523b57d1c12cd9edad3889011e648a8

SECTOR SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13496

Fecha Emision: 30/01/2025
Fecha Vencim: 1/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	YIMER NICOLAS TOBIAN CALDERON	**Identif:**	CC 1192919915
Edad:	31A 1M 18D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	30/07/1994	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3103206314 Cel:3103206314
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 3/01/2025 **F.Egreso:** 3/01/2025	**Num Autorización:**	8837
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1192919915	PRIMER_APELLIDO	TOBIAN
SEGUNDO_APELLIDO	CALDERON	PRIMER_NOMBRE	YIMER
SEGUNDO_NOMBRE	NICOLAS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	8837
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13501

Fecha Emision: 30/01/2025
Fecha Vencim: 1/03/2025

Cliente: DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_ **Nit:** 901540992
Contrato: **DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001 **Telefono:** 3223539048
Direccion: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR **Regimen:** OTRO

Paciente: JUAN PABLO NOCUA DEANTONIO **Identif:** CC 7320497
Edad: 40A 10M 9D **Municipio:** INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac: 9/11/1984 **Sexo:** M
Direccion: VIA AL COCO **Telefonos:** Tel:3133268652 Cel:3133268652
Servicio: **F.Ingreso:** 30/01/2025 **F.Egreso:** 30/01/2025 **Num Autorización:**
Programa:
Prestador: CAROLINA PARDO DAVILA

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

JUAN PABLO NOCUA DEANTONIO
Paciente

CUFE: 8128aa0ad2b8b8b8d062d269ae00a87e635d5397e5185acb923f4c22ac7fcbab26c25f8c0b7079c40319a609247bf3f7

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	7320497	PRIMER_APELLIDO	NOCUA
SEGUNDO_APELLIDO	DEANTONIO	PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	PABLO	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13505

Fecha Emision: 31/01/2025
Fecha Vencim: 2/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	ANDERSON DE JESUS MONTENEGRO BOVEA	**Identif:**	CC 1043121535
Edad:	20A 8M 18D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	26/12/2004	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	Tel:3212114588 Cel:3212114588
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 31/01/2025 **F.Egreso:** 31/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 53.100,00	$ 53.100,00
906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	1	$ 0,00	$ 183.845,00	$ 183.845,00
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGíA RPR - TITULACIONES)	1	$ 0,00	$ 39.716,00	$ 39.716,00

Son: Doscientos setenta y seis mil seiscientos sesenta y uno pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 276.661

Observaciones:

Total Servicios	276.661,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	276.661,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

ANDERSON DE JESUS MONTENEGRO BOVEA
Paciente

CUFE: 02e3af16c0cfcd46dc09ceedd793b9e8ac118f03cb36794567ff066f41d48015f1e5726f26b6ff6c6dcc8fe3e39c0db2

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1043121535	PRIMER_APELLIDO	MONTENEGRO
SEGUNDO_APELLIDO	BOVEA	PRIMER_NOMBRE	ANDERSON
SEGUNDO_NOMBRE	DE JESUS	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13506

Fecha Emision: 31/01/2025
Fecha Vencim: 2/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ	**Identif:**	CC 1048273710
Edad:	19A 9M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	20/11/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	EL BATALLON BIPIN 45	**Telefonos:**	Tel:3212432828 Cel:3212432828
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 31/01/2025 **F.Egreso:** 31/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:			

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
907106	UROANALISIS	1	$ 0,00	$ 34.000,00	$ 34.000,00
902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	1	$ 0,00	$ 53.200,00	$ 53.200,00
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	$ 0,00	$ 32.000,00	$ 32.000,00
902204	ERITROSEDIMENTACION VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG MANUAL	1	$ 0,00	$ 12.200,00	$ 12.200,00

Son: Ciento treinta y un mil cuatrocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 131.400

Observaciones:

Total Servicios	131.400,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	131.400,00

ESTEBAN ACOSTA ARIAS
Facturador

KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ
Paciente

CUFE: 86cbf15e5b63f9a5ac7b0d4205c2d70eeddfb0b6e205f82db9ef2ef1cbad5f0a04cd58dde3c4132b21cfbe0ee030a95d

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1048273710	PRIMER_APELLIDO	PALENCIA
SEGUNDO_APELLIDO	MARTINEZ	PRIMER_NOMBRE	KEINER
SEGUNDO_NOMBRE	JOSE	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13511

Fecha Emision: 31/01/2025
Fecha Vencim: 2/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ	**Identif:**	CC 1048273710
Edad:	19A 9M 23D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	20/11/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	EL BATALLON BIPIN 45	**Telefonos:**	Tel:3212432828 Cel:3212432828
Servicio:	**F.Ingreso:** 31/01/2025 **F.Egreso:** 31/01/2025	**Num Autorización:**	
Programa:			
Prestador:	ROBINSON DIAZ MORENO		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ELSY INSUASTY ALDANA
Facturador

KEINER JOSE PALENCIA MARTINEZ
Paciente

CUFE: f724f47a6b3bb87b96b287a2048c2d061594ef4bd9108bc732b763e860bd7c741c789af15602a72b2f5608aead238144

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1048273710	PRIMER_APELLIDO	PALENCIA
SEGUNDO_APELLIDO	MARTINEZ	PRIMER_NOMBRE	KEINER
SEGUNDO_NOMBRE	JOSE	REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13513

Fecha Emision: 31/01/2025
Fecha Vencim: 2/03/2025

Cliente: DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_ **Nit:** 901540992
Contrato: **DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001 **Telefono:** 3223539048
Direccion: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR **Regimen:** OTRO

Paciente: ALEJANDRO CUADRADO CHAVERA **Identif:** CC 1070813673
Edad: 35A 11M 19D **Municipio:** INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac: 29/09/1989 **Sexo:** M
Direccion: VIA AL COCO - BATALLON DEL EJERCITO **Telefonos:** Tel:3156294822 Cel:3156294822
Servicio: **F.Ingreso:** 31/01/2025 **F.Egreso:** 31/01/2025 **Num Autorización:**
Programa:
Prestador: ROBINSON DIAZ MORENO

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 110.800,00	$ 110.800,00

Son: Ciento diez mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 110.800

Observaciones:

Total Servicios	110.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	110.800,00

ANYI PAOLA GARCIA GONZALEZ
Facturador

ALEJANDRO CUADRADO CHAVERA
Paciente

CUFE: 335be8d6358b6e50f41ce10abeeaad93b46d21ebbe948bacfc934249615ce14df48513bdd2153947ea12411a2eba12af

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1070813673	PRIMER_APELLIDO	CUADRADO
SEGUNDO_APELLIDO	CHAVERA	PRIMER_NOMBRE	ALEJANDRO
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13516

Fecha Emision: 31/01/2025
Fecha Vencim: 2/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	WILMER CIFUENTES VASQUEZ	**Identif:**	CC 1006697487
Edad:	23A 6M 16D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	28/02/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3165239226 Cel:3165239226
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 3/01/2025 **F.Egreso:** 3/01/2025	**Num Autorización:**	8843
Programa:			
Prestador:	ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	$ 0,00	$ 122.300,00	$ 122.300,00
DERECHOS DE SALA					
5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	1	$ 0,00	$ 148.600,00	$ 148.600,00
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00
873205	RADIOGRAFIA DE CODO	1	$ 0,00	$ 108.258,00	$ 108.258,00
935304	INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	1	$ 0,00	$ 120.400,00	$ 120.400,00

Son: Setecientos treinta y cuatro mil cincuenta y ocho pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 734.058

Observaciones:

Total Servicios	734.058,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	734.058,00

YEREMI PEREZ ACOSTA
Facturador

WILMER CIFUENTES VASQUEZ
Paciente

CUFE: 2a405eabe77b9219bc132b8203ca0fa82bf80f3deb3cd2376a4356d9250632868b9e66a19b3ce17505a1feaa3b860930

SECTOR SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 940010006501
Direccion: CL 9 16 14 Telefonos: 3134980610
Resolución oficial expedida por la DIAN, Numeración de Facturación Electrónica No 18764071794471 Fecha: 2024-05-30, vigencias de 12 meses FC 8322 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC13516

Fecha Emision: 31/01/2025
Fecha Vencim: 2/03/2025

Cliente:	DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_	**Nit:**	901540992
Contrato:	**DISPENSARIO MEDICO DE SUROCCIDENTE (EJERCITO)_** **N°Contrato:** 001	**Telefono:**	3223539048
Direccion:	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	**Regimen:**	OTRO
Paciente:	WILMER CIFUENTES VASQUEZ	**Identif:**	CC 1006697487
Edad:	23A 6M 16D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	28/02/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3165239226 Cel:3165239226
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 3/01/2025 **F.Egreso:** 3/01/2025	**Num Autorización:**	8843
Programa:			
Prestador:	ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1006697487	PRIMER_APELLIDO	CIFUENTES
SEGUNDO_APELLIDO	VASQUEZ	PRIMER_NOMBRE	WILMER
SEGUNDO_NOMBRE		REGIMEN_DEL_PACIENTE	Especiales o de Excepción cotizante
MODALIDAD_CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura Régimen Especial o Excepción
NUMERO_CONTRATO	001	NUMERO_AUTORIZACION	8843
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0