# HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA E.S.E.

**Nit. 820005389-7**

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

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

| | |
|---|---|
| **Empresa Cliente**<br>**MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA**<br><br>**Nit. 891800475-0**<br>**Direccion**<br>**Calle 17 No. 7 A - 48 CAM Chiquinquirá - Boyacá** | **Cuenta de Cobro**<br>**Nro. 01571864**<br>**Nro. de Contrato CV-006-2025**<br>**Fecha de Factura 18/09/2025**<br>**Fecha de Vencimiento 18/10/2025** |

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| CUENTA 227599<br>PERIODO<br>DESDE 18/09/2025<br>HASTA 18/09/2025 | |
| TOTAL VALOR DEL PERIODO | 32,418,663.00 |
| OBSERVACIONES<br>CONVENIO PIC MUNICIPAL PAGO MES DE AGOSTO 2025 | |

Total Son:

**TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/L**

**Valor Servicios Facturados x Periodo**

32,418,663.00

| Coordinador de facturación: | Firma Empresa Cliente: | Subgerente Administrativo: |
|---|---|---|
| | | |

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

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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**
**RC1571841**
Nro.Atención: 22818039

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

CUFE DIAN: 10beabfe729428f8d8bde469d3601643de482894256dae12ff651f3ce528528ea26b5c68a887465a5a335906ac67e490



**Datos de la entidad**

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

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

**Datos del Paciente**

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

**Anexo Sector Salud**

| Nro. Autorización: | Nro. Contrato: | Fecha hora ingreso | Fecha hora salida | Copago: | Cuota Mod. | Modal. Contrat. | Tipo Afiliado: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CV-006-2025 | 18/09/2025 16:08 | - 18/09/2025 04:09 | 0.00 | 0.00 | EVENTO | No afiliado |

**Información de la Factura**

| Fec.Factura: | Fec.Venc.: | Fec.Env.DIAN | Forma pago: | Nro.Atención: | Médico | Especialidad |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 18/09/2025 | 18/10/2025 | 18/09/2025 | Contado | 22818039 | HERRERA ROJAS ADRIANA | TERAPIA RESPIRATORIA |

| Fecha | Código | Descripción | Cant. | Val_Unit. | Total.Serv | Cuota_Rec | Val_Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18/09/2025 | 000000 | SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS CON EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN | 1 | 32,418,663 | 32,418,663 | 0 | 32,418,663 |
| | | Procedimientos Tarifas Institucionales | | | 32,418,663 | 0 | 32,418,663 |

Observaciones:
CONVENIO PIC MUNICIPAL PAGO MES DE AGOSTO

Son: TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

| | |
|---|---|
| Subtotal | $ 32,418,663.00 |
| Descuento | $ 0.00 |
| Copago | $ 0.00 |
| Cuota Mod. | $ 0.00 |
| Total IVA | $ 0.00 |
| TOTAL | $ 32,418,663.00 |

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

FIRMA AUTORIZADA/VENDEDOR

FIRMA COMPRADOR/ACEPTANTE