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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC34511

Fecha Emision: 5/10/2025
Fecha Vencim: 4/11/2025

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:	CARLOS ANDRES CHAPARRO PEÑA	**Identif:**	CC 1006555277
Edad:	22A 10M 2D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	1/01/2003	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON	**Telefonos:**	Tel:3502561752 Cel:3502561752
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 4/10/2025 **F.Egreso:** 5/10/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-10-3639253
Programa:			
Prestador:	ELDA YESENIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ		

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	$ 4.300,00	$ 4.300,00
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.074,00	$ 2.074,00
INS0507	JERINGA 5 ML C/A 21G X 1 1/2	3	$ 0,00	$ 450,00	$ 1.350,00
INS0031	BURETROL 150 ML	1	$ 0,00	$ 5.562,00	$ 5.562,00
MEDICAMENTOS						
19993923-15	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PHARMAYECT	1	$ 0,00	$ 700,00	$ 700,00
20044344-2	OMEPRAZOL 40 MG I.V (K- DELPRAZOL®) DELTA	1	$ 0,00	$ 5.323,00	$ 5.323,00
29523-04	CLORURO DE SODIO AL 0.9% x 250 ML (BAXTER)	1	$ 0,00	$ 4.751,00	$ 4.751,00

Son: Trescientos treinta y un mil quinientos sesenta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 331.560

Observaciones:

Total Servicios	331.560,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	331.560,00

CARLOS DAVID MEDINA ACOSTA
Facturador

CARLOS ANDRES CHAPARRO PEÑA
Paciente

CUFE: 072048ad7aab9ab96de535e69b078b1bb789b4bf5f6b0fa00dbd0fabe9fb364118fb215edb15adb7af8180203d789672

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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC34511

Fecha Emision: 5/10/2025
Fecha Vencim: 4/11/2025

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:	CARLOS ANDRES CHAPARRO PEÑA	**Identif:**	CC 1006555277
Edad:	22A 10M 2D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	1/01/2003	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON	**Telefonos:**	Tel:3502561752 Cel:3502561752
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 4/10/2025 **F.Egreso:** 5/10/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-10-3639253
Programa:			
Prestador:	ELDA YESENIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ		

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1006555277	PRIMER_APELLIDO	CHAPARRO
SEGUNDO_APELLIDO	PEÑA	PRIMER_NOMBRE	CARLOS
SEGUNDO_NOMBRE	ANDRES	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	AUT-2025-10-3639253
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC34154

Fecha Emision: 30/09/2025
Fecha Vencim: 30/10/2025

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 11M 13D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	25/11/1984	**Sexo:**	M
Direccion:	EJERCITO VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3134802250 Cel:3134802250
Servicio:	**F.Ingreso:** 1/09/2025 **F.Egreso:** 30/09/2025	**Num Autorización:**	2025-09-3209727
Programa:			
Prestador:	JESUS ALBERTO SARMIENTO PARRA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00

Son: Novecientos ochenta y seis mil pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 986.000

Observaciones:

Total Servicios	986.000,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	986.000,00

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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC34154

Fecha Emision: 30/09/2025
Fecha Vencim: 30/10/2025

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 11M 13D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	25/11/1984	**Sexo:**	M
Direccion:	EJERCITO VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3134802250 Cel:3134802250
Servicio:	**F.Ingreso:** 1/09/2025 **F.Egreso:** 30/09/2025	**Num Autorización:**	2025-09-3209727
Programa:			
Prestador:	JESUS ALBERTO SARMIENTO PARRA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

MELIYARA RODRIGUEZ MEDINA
Facturador

JUAN GABRIEL LOAIZA RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: 1ea67d68db360717d0e97d33a0a25dc09f72d36c366b01c12c95529c7e2800a76518b717fa47103a4760d5f66fa2119b

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	2025-09-3209727
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC33678

Fecha Emision: 25/09/2025
Fecha Vencim: 25/10/2025

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:	ALBERTO JULIO NAVARRO SALGADO	**Identif:**	CC 1007640089
Edad:	28A 2M 25D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	10/08/1997	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO EJERCITO	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 25/09/2025 **F.Egreso:** 25/09/2025	**Num Autorización:**	2025-09-3441135
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

EDISON MOYANO RODRIGUEZ
Facturador

ALBERTO JULIO NAVARRO SALGADO
Paciente

CUFE: f21b0a43cdf309442abdd2801fdbe2cef30cf587337f0c1d2fbe32961f35ddccf90cfa3b411625393cec2f7e89137615

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1007640089	PRIMER_APELLIDO	NAVARRO
SEGUNDO_APELLIDO	SALGADO	PRIMER_NOMBRE	ALBERTO
SEGUNDO_NOMBRE	JULIO	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	2025-09-3441135
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC34069

Fecha Emision: 29/09/2025
Fecha Vencim: 29/10/2025

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:	ANDRES FELIPE MENESES RENDON	**Identif:**	CC 1152687309
Edad:	33A 1M 22D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	14/09/1992	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON DEL EJERCITO	**Telefonos:**	Tel:3107392720 Cel:3107392720
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 2/09/2025 **F.Egreso:** 29/09/2025	**Num Autorización:**	2025-08-3014689
Programa:			
Prestador:	JESUS ALBERTO SARMIENTO PARRA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	1	$ 0,00	$ 49.300,00	$ 49.300,00

Son: Setecientos ochenta y ocho mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 788.800

Observaciones:

Total Servicios	788.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	788.800,00

MIMI YOHANA ARDILA BUILES
Facturador

ANDRES FELIPE MENESES RENDON
Paciente

CUFE: 79aae6f402b3bf33f0f810ba8fae4696749b5503ebb5cd7c4256684ff1a8906050f5e8f7f0897016e442f778c4c35560

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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC34069

Fecha Emision: 29/09/2025
Fecha Vencim: 29/10/2025

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:	ANDRES FELIPE MENESES RENDON	**Identif:**	CC 1152687309
Edad:	33A 1M 22D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	14/09/1992	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON DEL EJERCITO	**Telefonos:**	Tel:3107392720 Cel:3107392720
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 2/09/2025 **F.Egreso:** 29/09/2025	**Num Autorización:**	2025-08-3014689
Programa:			
Prestador:	JESUS ALBERTO SARMIENTO PARRA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1152687309	PRIMER_APELLIDO	MENESES
SEGUNDO_APELLIDO	RENDON	PRIMER_NOMBRE	ANDRES
SEGUNDO_NOMBRE	FELIPE	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	2025-08-3014689
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0