HOSPITAL SAN CAMILO BUENAVISTA QUINDIO **CUENTA DE COBRO :** 00000000005494
NIT. 000000801002325 DIR. CALLE 3 NO 5 -55 **FECHA :** 31/12/2025
TEL. 754 72 24

SEÑORES	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3	**CONTRATO**	086-5-200200-
NIT	000000900339410	**FECHA CONTRATO**	
DIRECCION	CRA13A no 1AN 117 EDIFICIO LOPEZ PISO -1	**CODIGO**	RES001
TELEFONO	3104016196		
CONTRATO	REGASE - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN	**PLAN**	02 - POS-C PLAN OBLIGATORIO DE SALUD CONTIBUTIVO

Liquidación de Servicios entre : 01/12/2025 y 31/12/2025

DETALLE

Por concepto de los servicios médicos prestados correspondientes al período comprendido entre 01/12/2025 y 31/12/2025 , discriminados en soportes anexos.

VALOR TOTAL SERVICIOS PRESTADOS	1,585,013
CUOTA DE RECUPERACION	0
CUOTA DE RECUPERACION NO PAGADA POR EL USUARIO	0
FRANQUICIA	0
SALDO A PAGAR	1,585,013

SON : UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL TRECE PESOS CON 0 ctvs M/Cte.

FIRMA DIRECTOR ACEPTADO