ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 948830006503
Direccion: CARRERA 9 No. 16 - 14 Telefonos: 985656258
BRR LOS COMUNEROS
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: FC40769

Fecha Emision: 28/11/2025
Fecha Vencim: 28/12/2025

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:	BLADIMIR PAREDES RAMOS	**Identif:**	CC 1068738529
Edad:	19A 7M 8D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	3/07/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	CORREGIMIENTO DE SAN FELIPE	**Telefonos:**	Tel:3147588420 Cel:3147588420
Servicio:	Hospitalizacion **F.Ingreso:** 27/11/2025 **F.Egreso:** 28/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4383858
Programa:			
Prestador:	LUIS ALBERTO ALVAREZ CONDE		

CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
ESTANCIAS					
129M02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	1	$ 0,00	$ 527.800,00	$ 527.800,00
LABORATORIO CLINICO					
902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	1	$ 0,00	$ 53.200,00	$ 53.200,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0242	EQUIPO MACROGOTEO	2	$ 0,00	$ 2.501,00	$ 5.002,00
INS0221	BURETROL	1	$ 0,00	$ 6.200,00	$ 6.200,00
INS0503	JERINGA 10 ML C/A 21 X 1 1/2	13	$ 0,00	$ 700,00	$ 9.100,00
INS0504	JERINGA 1 ML C/A 27 X 1/2	3	$ 0,00	$ 400,00	$ 1.200,00
INS0472	CATETER INTRAVENOSO #18 G	3	$ 0,00	$ 4.300,00	$ 12.900,00
INS0507	JERINGA 5 ML C/A 21G X 1 1/2	5	$ 0,00	$ 500,00	$ 2.500,00
MATERIALES MEDICO-QUIRURGICO					
INS0567	TAPON HEPARINIZADO	2	$ 0,00	$ 600,00	$ 1.200,00
MEDICAMENTOS					
20021498-6	CLORURO DE SODIO 0.9% 9 MG/ML 500 ML INYECTABLE	13	$ 0,00	$ 4.700,00	$ 61.100,00
29523-03	CLORURO DE SODIO 0.9% 9 MG/ML 100 ML INYECTABLE	8	$ 0,00	$ 4.700,00	$ 37.600,00
20203819-01	ACIDO TRANEXANICO 500MG/5ML AMPOLLA(ACITRADELT®)	4	$ 0,00	$ 5.614,00	$ 22.456,00
19953296-08	DICLOFENACO 75 MG / 3 ML SOLUCION INYECTABLE	2	$ 0,00	$ 900,00	$ 1.800,00
19961138-1	TRAMADOL 50 MG/ML INYECTABLE	2	$ 0,00	$ 1.045,00	$ 2.090,00
19981442-5	CEFTRIAXONA 1000 MG POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE.	3	$ 0,00	$ 2.900,00	$ 8.700,00
19993036-7	DIPIRONA SODICA 1G / 2ML SOLUCION INYECTABLE	2	$ 0,00	$ 1.200,00	$ 2.400,00
19930964-1	DEXAMETASONA 4 MG/ML INYECTABLE	2	$ 0,00	$ 1.000,00	$ 2.000,00
20108229-01	ACIDO TRANEXAMICO INY 500 MG / 5 ML AMPOLLA SETAA PHARMA	4	$ 0,00	$ 5.614,00	$ 22.456,00
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS					
935304	INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	1	$ 0,00	$ 120.400,00	$ 120.400,00

Son: Un millón veintiséis mil trescientos cuatro pesos M/L

Total Servicios	1.026.304,00
Copago	0,00

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 948830006503
Direccion: CARRERA 9 No. 16 - 14 Telefonos: 985656258
BRR LOS COMUNEROS
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: FC40769

Fecha Emision: 28/11/2025
Fecha Vencim: 28/12/2025

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:	BLADIMIR PAREDES RAMOS	**Identif:**	CC 1068738529
Edad:	19A 7M 8D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	3/07/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	CORREGIMIENTO DE SAN FELIPE	**Telefonos:**	Tel:3147588420 Cel:3147588420
Servicio:	Hospitalizacion **F.Ingreso:** 27/11/2025 **F.Egreso:** 28/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4383858
Programa:			
Prestador:	LUIS ALBERTO ALVAREZ CONDE		

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 1.026.304

Observaciones:

IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	1.026.304,00

SANDRA ELVIA ACOSTA ACOSTA
Facturador

BLADIMIR PAREDES RAMOS
Paciente

CUFE: 14fa6a9e648ae35c9bb409b06b298342528bc09c4dfc0333f343840c7a0d3d1b86fc523561c6cafe576358948b4b1ceb

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	948830006503	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1068738529	PRIMER_APELLIDO	PAREDES
SEGUNDO_APELLIDO	RAMOS	PRIMER_NOMBRE	BLADIMIR
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	AUT-2025-11-4383858
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: FC41984

Fecha Emision: 12/12/2025
Fecha Vencim: 11/01/2026

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:	MARIO ALBERTO BLANCO PALLARES	**Identif:**	CC 1002210328
Edad:	23A 10M 3D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	9/04/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON	**Telefonos:**	Tel:3046748770 Cel:3046748770
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 10/11/2025 **F.Egreso:** 10/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4110891
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

LABORATORIO CLINICO

902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	$ 0,00	$ 27.500,00	$ 27.500,00

Son: Veintisiete mil quinientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 27.500

Observaciones:

Total Servicios	27.500,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	27.500,00

SAYDI CAROLINA CASTILLO MORA
Facturador

MARIO ALBERTO BLANCO PALLARES
Paciente

CUFE: f7f8b3a20f61ba3769eea3a8851aad508dbd6f506c90c418bf70d3162bd5ddc1906d80e05b5701812d5bbd91bcd35f97

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1002210328	PRIMER_APELLIDO	BLANCO
SEGUNDO_APELLIDO	PALLARES	PRIMER_NOMBRE	MARIO
SEGUNDO_NOMBRE	ALBERTO	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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC41939

Fecha Emision: 11/12/2025
Fecha Vencim: 10/01/2026

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:	MARTHA SILVA SILVA	**Identif:**	CC 36175273
Edad:	62A 2M 16D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	5/12/1963	**Sexo:**	F
Direccion:	5 DE DICIEMBRE	**Telefonos:**	Tel:3107869638 Cel:3107869638
Servicio:	**F.Ingreso:** 2/12/2025 **F.Egreso:** 2/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-12-4422060
Programa:			
Prestador:	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ		

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

SAYDI CAROLINA CASTILLO MORA
Facturador

MARTHA SILVA SILVA
Paciente

CUFE: 3d084aae3ca76a435698f7bb05c585ff27f5d57160f306b0a5f8ccb186bf8456b120a7325945916bb440d0343a3acf45

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	36175273	PRIMER_APELLIDO	SILVA
SEGUNDO_APELLIDO	SILVA	PRIMER_NOMBRE	MARTHA
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	AUT-2025-12-4422060
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: FC41989

Fecha Emision: 12/12/2025
Fecha Vencim: 11/01/2026

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 ALFREDO CABALLERO CHARRIS	**Identif:**	CC 1001883531
Edad:	22A 9M 13D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	30/04/2003	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3225629726 Cel:3225629726
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 18/11/2025 **F.Egreso:** 18/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4075549
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

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
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	1	$ 0,00	$ 58.900,00	$ 58.900,00
907106	UROANALISIS	1	$ 0,00	$ 34.000,00	$ 34.000,00

Son: Ciento cuarenta y seis mil pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 146.000

Observaciones:

Total Servicios	146.000,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	146.000,00

SAYDI CAROLINA CASTILLO MORA
Facturador

JUNIOR ALFREDO CABALLERO CHARRIS
Paciente

CUFE: d93bd75a093bdd776961c7ff4ed898da781d4eccb8d2995b8dc283c37e6a39a7a5ce171b6466fea6442cd56cabeed368

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1001883531	PRIMER_APELLIDO	CABALLERO
SEGUNDO_APELLIDO	CHARRIS	PRIMER_NOMBRE	JUNIOR
SEGUNDO_NOMBRE	ALFREDO	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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC41501

Fecha Emision: 5/12/2025
Fecha Vencim: 4/01/2026

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:	FERNEY GAITAN RODRIGUEZ	**Identif:**	CC 1136276664
Edad:	24A 1M 1D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	10/01/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	COMUNIDAD DE PLATANILLAL	**Telefonos:**	Tel:3103906501 Cel:3103906501
Servicio:	**F.Ingreso:** 5/12/2025 **F.Egreso:** 5/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4281099
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS

881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	1	$ 0,00	$ 256.200,00	$ 256.200,00

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

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

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 256.200

Observaciones:

LUIS ANTONIO RAMIREZ RODRIGUEZ
Facturador

FERNEY GAITAN RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: 2fea5ddd8afcebb2319d6cd54f30905a8c1f56ceb3204c2b4b1bdc9badd1ea229e72cd47c765fa0f07af91f60990c5cc

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1136276664	PRIMER_APELLIDO	GAITAN
SEGUNDO_APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER_NOMBRE	FERNEY
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC41502

Fecha Emision: 5/12/2025
Fecha Vencim: 4/01/2026

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:	FERNEY GAITAN RODRIGUEZ	**Identif:**	CC 1136276664
Edad:	24A 1M 1D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	10/01/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	COMUNIDAD DE PLATANILLAL	**Telefonos:**	Tel:3103906501 Cel:3103906501
Servicio:	**F.Ingreso:** 5/12/2025 **F.Egreso:** 5/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4281100
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS

881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1	$ 0,00	$ 269.000,00	$ 269.000,00

Son: Doscientos sesenta y nueve mil pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 269.000

Observaciones:

Total Servicios	269.000,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	269.000,00

LUIS ANTONIO RAMIREZ RODRIGUEZ
Facturador

FERNEY GAITAN RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: a47f47ea72e8058d938f2f19606892c9afb451ffd80f169208cc67ad00faac5a671be1ffd6fa5ff1114737e0206b7031

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1136276664	PRIMER_APELLIDO	GAITAN
SEGUNDO_APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER_NOMBRE	FERNEY
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC41553

Fecha Emision: 5/12/2025
Fecha Vencim: 4/01/2026

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:	EDICSON ANTONIO BOLAÑOS CIFUENTES	**Identif:**	CC 1077320894
Edad:	30A 9M 5D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	10/05/1995	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO	**Telefonos:**	
Servicio:	**F.Ingreso:** 4/12/2025 **F.Egreso:** 4/12/2025	**Num Autorización:**	2025-11-4396603
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

MIMI YOHANA ARDILA BUILES
Facturador

EDICSON ANTONIO BOLAÑOS CIFUENTES
Paciente

CUFE: 6920770491d7ff0ff5eb9c1bfc8cc65ca2bf669da9cb105579351798c446eec7328a126826fb76ab8cc92e13aee42962

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1077320894	PRIMER_APELLIDO	BOLAÑOS
SEGUNDO_APELLIDO	CIFUENTES	PRIMER_NOMBRE	EDICSON
SEGUNDO_NOMBRE	ANTONIO	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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC40885

Fecha Emision: 1/12/2025
Fecha Vencim: 31/12/2025

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:	EDICSON ANTONIO BOLAÑOS CIFUENTES	**Identif:**	CC 1077320894
Edad:	30A 9M 5D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	10/05/1995	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO	**Telefonos:**	
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 1/12/2025 **F.Egreso:** 1/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4396601
Programa:			
Prestador:	SANDRA JIMENEZ ARIAS		

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS

871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	1	$ 0,00	$ 173.600,00	$ 173.600,00

Son: Ciento setenta y tres mil seiscientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 173.600

Observaciones:

Total Servicios	173.600,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	173.600,00

LUIS ANTONIO RAMIREZ RODRIGUEZ
Facturador

EDICSON ANTONIO BOLAÑOS CIFUENTES
Paciente

CUFE: aa321f7b53ec395286d5de8add190d550b7d76a2b078a6749f78a50c65c805198ef5ae685c68ed545d581faf839c4f3b

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1077320894	PRIMER_APELLIDO	BOLAÑOS
SEGUNDO_APELLIDO	CIFUENTES	PRIMER_NOMBRE	EDICSON
SEGUNDO_NOMBRE	ANTONIO	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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC41983

Fecha Emision: 12/12/2025
Fecha Vencim: 11/01/2026

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:	MARIO ALBERTO BLANCO PALLARES	**Identif:**	CC 1002210328
Edad:	23A 10M 3D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	9/04/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON	**Telefonos:**	Tel:3046748770 Cel:3046748770
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 10/11/2025 **F.Egreso:** 10/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4110890
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

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

Son: Cincuenta y tres mil cien pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 53.100

Observaciones:

Total Servicios	53.100,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	53.100,00

SAYDI CAROLINA CASTILLO MORA
Facturador

MARIO ALBERTO BLANCO PALLARES
Paciente

CUFE: ddbe191d20bbf3a497f5770d895c82d8ac7b42d1b3049756417abf6b36ff3bb242782636aef079e9c39bcce2d44d67eb

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1002210328	PRIMER_APELLIDO	BLANCO
SEGUNDO_APELLIDO	PALLARES	PRIMER_NOMBRE	MARIO
SEGUNDO_NOMBRE	ALBERTO	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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC40281

Fecha Emision: 26/11/2025
Fecha Vencim: 26/12/2025

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:	MARTHA SILVA SILVA	**Identif:**	CC 36175273
Edad:	62A 2M 16D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	5/12/1963	**Sexo:**	F
Direccion:	5 DE DICIEMBRE	**Telefonos:**	Tel:3107869638 Cel:3107869638
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 26/11/2025 **F.Egreso:** 26/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-11-4342656
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total
LABORATORIO CLINICO					
903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	$ 0,00	$ 35.900,00	$ 35.900,00

Son: Treinta y cinco mil novecientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 35.900

Observaciones:

Total Servicios	35.900,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	35.900,00

EDISON MOYANO RODRIGUEZ
Facturador

MARTHA SILVA SILVA
Paciente

CUFE: c1ef8a0d7fcb7a0d98f10e91a28b7c6cd2fe586fc44d82f528f05041d376ca646e9ea6fbb0df71c9ea4bc3229d36026e

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	36175273	PRIMER_APELLIDO	SILVA
SEGUNDO_APELLIDO	SILVA	PRIMER_NOMBRE	MARTHA
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC39714

Fecha Emision: 21/11/2025
Fecha Vencim: 21/12/2025

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:	MARTHA SILVA SILVA	**Identif:**	CC 36175273
Edad:	62A 2M 16D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	5/12/1963	**Sexo:**	F
Direccion:	5 DE DICIEMBRE	**Telefonos:**	Tel:3107869638 Cel:3107869638
Servicio:	**F.Ingreso:** 21/11/2025 **F.Egreso:** 21/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4279158
Programa:			
Prestador:	WILIAM ARANA ZUÑIGA		

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS

882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	1	$ 0,00	$ 809.000,00	$ 809.000,00

Son: Ochocientos nueve mil pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 809.000

Observaciones:

Total Servicios	809.000,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	809.000,00

EDISON MOYANO RODRIGUEZ
Facturador

MARTHA SILVA SILVA
Paciente

CUFE: 093e94ba2363c4ef53ed83e9470b27052f0622925c9327b5b2dfce675429c1b03e045c1febcbb40b058dae299882f72e

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	36175273	PRIMER_APELLIDO	SILVA
SEGUNDO_APELLIDO	SILVA	PRIMER_NOMBRE	MARTHA
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC40272

Fecha Emision: 26/11/2025
Fecha Vencim: 26/12/2025

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:	GEAN LUCAS MEZA MENDEZ	**Identif:**	CC 1085105450
Edad:	21A 0M 22D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	18/01/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO	**Telefonos:**	
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 26/11/2025 **F.Egreso:** 26/11/2025	**Num Autorización:**	2025-11-4344813
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

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
906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M ELISA	1	$ 0,00	$ 227.400,00	$ 227.400,00

Son: Doscientos ochenta mil quinientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 280.500

Observaciones:

Total Servicios	280.500,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	280.500,00

EDISON MOYANO RODRIGUEZ
Facturador

GEAN LUCAS MEZA MENDEZ
Paciente

CUFE: 2eee122522c3cf206b7533074ad91ed42e8ca4563f24039863018cc15d0e9b1762d2e03d2bf30c21986e92e3fadb68fb

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1085105450	PRIMER_APELLIDO	MEZA
SEGUNDO_APELLIDO	MENDEZ	PRIMER_NOMBRE	GEAN
SEGUNDO_NOMBRE	LUCAS	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	2025-11-4344813
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: FC39680

Fecha Emision: 21/11/2025
Fecha Vencim: 21/12/2025

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:	FERNEY GAITAN RODRIGUEZ	**Identif:**	CC 1136276664
Edad:	24A 1M 1D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	10/01/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	COMUNIDAD DE PLATANILLAL	**Telefonos:**	Tel:3103906501 Cel:3103906501
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 21/11/2025 **F.Egreso:** 21/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4280964
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

LABORATORIO CLINICO

903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	1	$ 0,00	$ 104.400,00	$ 104.400,00

Son: Ciento cuatro mil cuatrocientos pesos M/L

Total Servicios	104.400,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	104.400,00

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 104.400

Observaciones:

LUIS ANTONIO RAMIREZ RODRIGUEZ
Facturador

FERNEY GAITAN RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: 513580c72d59f7a36e435ee28b5e2156c3ae7bdee54f13d56748dd1928981ba223476121629e2b42544e473a791922c0

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1136276664	PRIMER_APELLIDO	GAITAN
SEGUNDO_APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER_NOMBRE	FERNEY
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC39681

Fecha Emision: 21/11/2025
Fecha Vencim: 21/12/2025

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:	FERNEY GAITAN RODRIGUEZ	**Identif:**	CC 1136276664
Edad:	24A 1M 1D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	10/01/2002	**Sexo:**	M
Direccion:	COMUNIDAD DE PLATANILLAL	**Telefonos:**	Tel:3103906501 Cel:3103906501
Servicio:	Consulta Externa **F.Ingreso:** 21/11/2025 **F.Egreso:** 21/11/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-11-4281098
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

LABORATORIO CLINICO

902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	1	$ 0,00	$ 43.600,00	$ 43.600,00
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
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	1	$ 0,00	$ 77.500,00	$ 77.500,00

Son: Ciento setenta y cuatro mil doscientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 174.200

Observaciones:

Total Servicios	174.200,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	174.200,00

LUIS ANTONIO RAMIREZ RODRIGUEZ
Facturador

FERNEY GAITAN RODRIGUEZ
Paciente

CUFE: 666fb4c682db0ba3c1028adffdf260a177ec98ee1466c797a2f0cf5d3a439bd46c4ccb3c3075663051d4b767a7a013c9

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1136276664	PRIMER_APELLIDO	GAITAN
SEGUNDO_APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER_NOMBRE	FERNEY
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 18764093709982 Fecha: 2025-05-30, vigencias de 12 meses FC 20080 a FC 10000000

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FC41027

Fecha Emision: 2/12/2025
Fecha Vencim: 1/01/2026

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 JOSE HERRERA DIAZ	**Identif:**	CC 1068659570
Edad:	20A 7M 3D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	9/07/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON EJERCITO	**Telefonos:**	

Servicio: Urgencias **F.Ingreso:** 1/12/2025 **F.Egreso:** 1/12/2025 **Num Autorización:** AUT-2025-12-4424637

Programa:
Prestador: EVER JABITH PATERNINA

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
902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	$ 0,00	$ 27.500,00	$ 27.500,00
906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0474	CATETER INTRAVENOSO #20 G	2	$ 0,00	$ 4.300,00	$ 8.600,00
MEDICAMENTOS					
32606-02	LACTATO DE RINGER X 500 ML (BAXTER)	2	$ 0,00	$ 5.400,00	$ 10.800,00
53560-1	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS	2	$ 0,00	$ 125,00	$ 250,00
19952942-02	BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES AMPOLLAS ORALES (ENTEROGERMINA) SANOFIS	1	$ 0,00	$ 10.200,00	$ 10.200,00

Son: Quinientos veintiséis mil doscientos cincuenta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 526.250

Observaciones:

Total Servicios	526.250,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	526.250,00

CARLOS DAVID MEDINA ACOSTA
Facturador

JUNIOR JOSE HERRERA DIAZ
Paciente

CUFE: 9606c4747c8f173f1b55705d493e4c97dd76729fc7dfc9d5c30b233d27163c72cae45d133fc44564a89bbd86b32a8a82

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: FC41027

Fecha Emision: 2/12/2025
Fecha Vencim: 1/01/2026

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 JOSE HERRERA DIAZ	**Identif:**	CC 1068659570
Edad:	20A 7M 3D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	9/07/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLON EJERCITO	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 1/12/2025 **F.Egreso:** 1/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-12-4424637
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1068659570	PRIMER_APELLIDO	HERRERA
SEGUNDO_APELLIDO	DIAZ	PRIMER_NOMBRE	JUNIOR
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	AUT-2025-12-4424637
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: FC41612

Fecha Emision: 6/12/2025
Fecha Vencim: 5/01/2026

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 MOGUEA FLOREZ	**Identif:**	CC 1037468928
Edad:	21A 2M 27D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	13/11/2004	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 6/12/2025 **F.Egreso:** 6/12/2025	**Num Autorización:**	2025-12-4493200
Programa:			
Prestador:	INGRID JOHANA FLOREZ		

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					
INS0503	JERINGA 10 ML C/A 21 X 1 1/2	3	$ 0,00	$ 700,00	$ 2.100,00
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.200,00	$ 2.200,00
INS0045	CATETER INTRAVENOSO #16 G	1	$ 0,00	$ 3.800,00	$ 3.800,00
MEDICAMENTOS					
19993923-15	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE PHARMAYECT	1	$ 0,00	$ 700,00	$ 700,00
20067651-01	DICLOFENACO 75MG/3ML BIO ESTERIL	1	$ 0,00	$ 900,00	$ 900,00
20019105-10	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML VITALIS	1	$ 0,00	$ 900,00	$ 900,00
20021498-6	CLORURO DE SODIO 0.9% 9 MG/ML 500 ML INYECTABLE	1	$ 0,00	$ 4.700,00	$ 4.700,00

Son: Trescientos veintidós mil ochocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 322.800

Observaciones:

Total Servicios	322.800,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	322.800,00

ISAIAS LOPEZ GONZALEZ
Facturador

LUIS MOGUEA FLOREZ
Paciente

CUFE: 7cd20fd15d50758d6bc96c9d60045d592889beed337c12514088f3fcb34328b478e027cd38e6876ca947cdd3966aa830

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: FC41612

Fecha Emision: 6/12/2025
Fecha Vencim: 5/01/2026

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 MOGUEA FLOREZ	**Identif:**	CC 1037468928
Edad:	21A 2M 27D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	13/11/2004	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO BATALLON EJERCITO GUAINIA	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 6/12/2025 **F.Egreso:** 6/12/2025	**Num Autorización:**	2025-12-4493200
Programa:			
Prestador:	INGRID JOHANA FLOREZ		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1037468928	PRIMER_APELLIDO	MOGUEA
SEGUNDO_APELLIDO	FLOREZ	PRIMER_NOMBRE	LUIS
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	2025-12-4493200
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 943430006502
Direccion: CARRERA 9 No. 16 - 14 Telefonos: 985656258
BRR LOS COMUNEROS
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: FC41776

Fecha Emision: 10/12/2025
Fecha Vencim: 9/01/2026

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:	FREIDER ENRRIQUE RUIZ PADILLA	**Identif:**	CC 1084732687
Edad:	19A 3M 26D	**Municipio:**	BARRANCOMINAS, GUAINIA
Fecha Nac:	15/10/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	BASE. BCO MINAS	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 5/12/2025 **F.Egreso:** 5/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-12-4491345
Programa:			
Prestador:	MILTON JAVIER NORIEGA GALVIS SSO		

CONSULTAS					
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	$ 0,00	$ 126.200,00	$ 126.200,00
DERECHOS DE SALA					
5DSM01	DERECHO DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA	1	$ 0,00	$ 158.900,00	$ 158.900,00
LABORATORIO CLINICO					
902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	1	$ 0,00	$ 53.200,00	$ 53.200,00
902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	$ 0,00	$ 27.500,00	$ 27.500,00
907106	UROANALISIS	1	$ 0,00	$ 34.000,00	$ 34.000,00
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	1	$ 0,00	$ 75.600,00	$ 75.600,00

Son: Cuatrocientos setenta y cinco mil cuatrocientos pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 475.400

Observaciones:

Total Servicios	475.400,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	475.400,00

FERNEY ESTEBAN GONZALEZ TORO
Facturador

FREIDER ENRRIQUE RUIZ PADILLA
Paciente

CUFE: 18e49d4630a4218cdb10979c27b3d4b720398e1d558c8135fbd7ece78700086dd456f04d5635683a529f28fad2dffadc

SECTOR SALUD

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER
Nit. 901700170-6 Codigo Habilitación: 943430006502
Direccion: CARRERA 9 No. 16 - 14 Telefonos: 985656258
BRR LOS COMUNEROS
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: FC41776

Fecha Emision: 10/12/2025
Fecha Vencim: 9/01/2026

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:	FREIDER ENRRIQUE RUIZ PADILLA	**Identif:**	CC 1084732687
Edad:	19A 3M 26D	**Municipio:**	BARRANCOMINAS, GUAINIA
Fecha Nac:	15/10/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	BASE. BCO MINAS	**Telefonos:**	
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 5/12/2025 **F.Egreso:** 5/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-12-4491345
Programa:			
Prestador:	MILTON JAVIER NORIEGA GALVIS SSO		

CODIGO_PRESTADOR	943430006502	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1084732687	PRIMER_APELLIDO	RUIZ
SEGUNDO_APELLIDO	PADILLA	PRIMER_NOMBRE	FREIDER
SEGUNDO_NOMBRE	ENRRIQUE	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-2025-12-4491345
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: FC42051

Fecha Emision: 12/12/2025
Fecha Vencim: 11/01/2026

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:	WILFREN RAFAEL BLANCO GAMEZ	**Identif:**	CC 1123405504
Edad:	19A 2M 6D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	5/12/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3134906546 Cel:3134906546
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 12/11/2025 **F.Egreso:** 12/11/2025	**Num Autorización:**	2025-11-4177224
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

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
906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00
902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	$ 0,00	$ 27.500,00	$ 27.500,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.200,00	$ 2.200,00
INS0472	CATETER INTRAVENOSO #18 G	1	$ 0,00	$ 4.300,00	$ 4.300,00
MEDICAMENTOS					
29523-05	CLORURO DE SODIO AL 0.9% X 500 ML (BAXTER)	1	$ 0,00	$ 5.400,00	$ 5.400,00
53560-1	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS	2	$ 0,00	$ 125,00	$ 250,00

Son: Quinientos ocho mil quinientos cincuenta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 508.550

Observaciones:

Total Servicios	508.550,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	508.550,00

SAYDI CAROLINA CASTILLO MORA
Facturador

WILFREN RAFAEL BLANCO GAMEZ
Paciente

CUFE: 168d2eebcb1b7f888f2b4d2ecbdbe5fdc98b6c24440e52830d121701fc13a77911191f3814c282785f31fa2d4fadf80b

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: FC42051

Fecha Emision: 12/12/2025
Fecha Vencim: 11/01/2026

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:	WILFREN RAFAEL BLANCO GAMEZ	**Identif:**	CC 1123405504
Edad:	19A 2M 6D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	5/12/2006	**Sexo:**	M
Direccion:	VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3134906546 Cel:3134906546
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 12/11/2025 **F.Egreso:** 12/11/2025	**Num Autorización:**	2025-11-4177224
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

Codigo	Servicio	Cant.	IVA	Valor Unitario	Valor total

CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1123405504	PRIMER_APELLIDO	BLANCO
SEGUNDO_APELLIDO	GAMEZ	PRIMER_NOMBRE	WILFREN
SEGUNDO_NOMBRE	RAFAEL	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	2025-11-4177224
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: FC41026

Fecha Emision: 2/12/2025
Fecha Vencim: 1/01/2026

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 SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ	**Identif:**	CC 1125848436
Edad:	20A 5M 18D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	23/08/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLAN VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3219229065 Cel:3219229065
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 1/12/2025 **F.Egreso:** 1/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-12-4424641
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

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
902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	$ 0,00	$ 27.500,00	$ 27.500,00
906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	$ 0,00	$ 108.300,00	$ 108.300,00
MATERIALES E INSUMOS MEDICOS					
INS0060	EQUIPO MACROGOTEO	1	$ 0,00	$ 2.200,00	$ 2.200,00
INS0472	CATETER INTRAVENOSO #18 G	1	$ 0,00	$ 4.300,00	$ 4.300,00
MEDICAMENTOS					
32606-02	LACTATO DE RINGER X 500 ML (BAXTER)	1	$ 0,00	$ 5.400,00	$ 5.400,00
53560-1	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS	2	$ 0,00	$ 125,00	$ 250,00
19952942-02	BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES AMPOLLAS ORALES (ENTEROGERMINA) SANOFIS	1	$ 0,00	$ 10.200,00	$ 10.200,00

Son: Quinientos dieciocho mil setecientos cincuenta pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA $ 518.750

Observaciones:

Total Servicios	518.750,00
Copago	0,00
IVA:	0,00
Descuento	0,00
C/Moderadora	0,00
Retefuente	0,00
Total a Pagar	518.750,00

CARLOS DAVID MEDINA ACOSTA
Facturador

JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ
Paciente

CUFE: e06d45c0009b9601b85c20107f4a43f79568a197d606f3574f1e3e926a9934a6137911a50d2fa299b46adb18d7df9ee8

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: FC41026

Fecha Emision: 2/12/2025
Fecha Vencim: 1/01/2026

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 SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ	**Identif:**	CC 1125848436
Edad:	20A 5M 18D	**Municipio:**	INIRIDA, GUAINIA
Fecha Nac:	23/08/2005	**Sexo:**	M
Direccion:	BATALLAN VIA AL COCO	**Telefonos:**	Tel:3219229065 Cel:3219229065
Servicio:	Urgencias **F.Ingreso:** 1/12/2025 **F.Egreso:** 1/12/2025	**Num Autorización:**	AUT-2025-12-4424641
Programa:			
Prestador:	EVER JABITH PATERNINA		

SECTOR SALUD			
CODIGO_PRESTADOR	940010006501	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadania
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1125848436	PRIMER_APELLIDO	HERNANDEZ
SEGUNDO_APELLIDO	ORDOÑEZ	PRIMER_NOMBRE	JUAN
SEGUNDO_NOMBRE	SEBASTIAN	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-2025-12-4424641
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0