EMPRESA: E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA
DIRECCIÓN: Calle 8 No. 7 - 55
E-MAIL: www.hmf.gov.co
NIT: 890.000.992 - 0
RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DE RENTA
PRESTADOR: 6327200436

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
PREFIJO: **HMA1**
NRO. **105061**

CUFE: 802381423f7a28c85043368a4c88a99e15a832305fd086d02467b9d15d39c2d07665d79b3a9ce0a4a7b427a5f826702a

FECHA EXP: 09/03/2026 **HORA:** 2:46 PM
F. VENCE: 09/04/2026
F. VALIDACIÓN: 09/03/2026 2:57 PM
MEDIO PAGO: Otro
CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
FORMA PAGO: CRÉDITO 30 Días
DOCUMENTO CLIENTE: NIT 890001639 - 1
TEL: 7411717
MODALIDAD: Cobertura ADRES
COBERTURA: 07
NO. PÓLIZA:
CONTRATO:
DIRECCIÒN: CARRERA 14 CALLE 19 ARMENIA
NO. SGSSS: 63001
N. DE MIPRES:
N. ID DE MIPRES:

PACIENTE: DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
IDENTIFICACIÓN RC 890001639
TIPO: SIN RÉGIMEN
EDAD: 5 A
MUNICIPIO:
TEL: 0
NRO. SOPORTE: V05-152682
MÉDICO: OTROS OTROS
ESPECIALIDAD:
FECHA INGRESO: 2026-03-09T14:45:35 **HORA:** 14:44
FECHA SALIDA: 2026-03-09T14:45:35 **HORA:** 14:44
AUTORIZACIÓN: Fase 1: Alistamiento

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNI. MED.	CANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
I30104	Fase 1: Alistamiento	unidad	1.00	30,758,500.00	30,758,500.00

Total ítems: 1

VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS:	30,758,500.00
COPAGO:	0.00
CUOTA MODERADORA:	0.00
CUOTA RECUPERACIÓN:	0.00
PAGOS COMPARTIDOS:	0.00
TOTAL A PAGAR:	30,758,500.00
SON:	

OBSERVACIONES:
** GENERADA DESDE EL PROGRAMA F1-401 **

Gerente

RESOLUCION DIAN No. 18764102914891 DEL 11 DE 12 DE 2025 AUTORIZA DEL HMA1 100001 AL HMA1 1000000 FECHA VIGENCIA DESDE 11/12/2025 HASTA 11/12/2027

ELABORADO **FIRMA PACIENTE** **RECIBÍ** **RESPONSABLE HOSPITAL**

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 COD. DE CCIO)

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT. 860.028.580-2 Software: fact-e