ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
NIT: 806010305 - 8 **Código de Habilitación: 130010087101**
Regimen: Comun
CALLE NUEVA EL TORIL, CALLE 33 NO 22-54 TEL:

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
EV196618
Autorización

Fecha Factura: 2026-04-18 **Fecha Ingreso:** 2025-10-15 **Fecha Egreso:** 2025-10-15 **Admisión: AD157831**

DATOS DE LA ENTIDAD

Cliente: DADIS - DEPARTAMENTO ADMINSTRATIVO DE SALUD
Dirección: CALLE LARGA
Ciudad: Cartagena
Teléfono: 6501096
NIT : 890480184
Servicio: URGENCIAS
Contrato No: CD-DADIS-005-2025

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:	SKARLE SILGADO MARIMON	**Tipo de Usuario:**	Cabeza de familia
Tipo de identificación:		**Nacionalidad:**	
Identificación Pcte.:	27561486	**Sexo:**	F **Nivel: 1**
Edad:	28 Años(s)	**Régimen:**	Subsidiado
Dirección:	BR NELSON MANDELA SC CAMPO BELLO	**Teléfono:**	3242055315 - 3107955170

CENTRO ATN.: CENTRO DE SALUD ARROZ BARATO-NELSON MANDELA | PLAN: EVENTO - URG EXTRANJEROS TRANS PNA 005-2025 - MANUAL TARIFARIO: -

Fecha	Código	Detalle	Cant.	Vlr. Unit.	Vlr. Total.
2025-10-15	N/A	CATETER INTRAVENOSO /ABOCATH N° 20 Dispositivo Medico	1.00	1,190.00	1,190.00
2025-10-15		TAPON HEPARENIZADO	1.00	283.00	283.00
2025-10-15	890701	890701 - CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	1.00	84,200.00	84,200.00
2025-10-15		SOLUCION DE LACTATO SODICO COMPUESTA BOLSA 500 ml/500 mm Solución Inyectable 500 mm	2.00	2,421.00	4,842.00
2025-10-15	904508	904508 - GONADOTROPINA CORIONICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	1.00	28,200.00	28,200.00
2025-10-15	907106	907106 - PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	1.00	22,600.00	22,600.00
2025-10-15	902210	902210 - HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	1.00	35,400.00	35,400.00
2025-10-15	906914	906914 - PROTEINA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	1.00	21,400.00	21,400.00
2025-10-15	5DSB01	5DSB01 - DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA (EUO)	1.00	96,500.00	96,500.00

DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CT.

Total Plan:	**294,615.00**
SubTotal:	294,615.00
Cuota Moderadora:	.00
Copago:	.00
TOTAL FACTURADO:	**294,615.00**

SABRINA VAN-LEENDEN GRANADOS
Representante legal:

Recibido por:

Fecha entrega:

ETAMARA
Elaborado por:

CUFE: 02f4bba3f49a12abd073a4cb4d98b234aac77eabd047c455f3258234b501367a3e18df8426ee93e3af49e551419f1082

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor.

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRONICAMENTE RESOLUCIÓN DIAN N° 18764107981441 FECHA DE INICIO 04/004/2026 - FECHA FINAL 04/04/2027 .
AUTORIZADOS PARA MANEJAR CONSECUTIVOS DEL EV193159 AL EV200000