TECNOVIDA DIAGNOSTICO POR IMAGENES S.A.S

Señores: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3
Nit: 900339410 - 8
Dirección: AV VILLA OLIMPICA CL 94

Factura: FIS171
Fecha: 25/03/2021

No. PAC	IDENTIFICACION	NOMBRE PACIENTE	AUTORIZACION	FECHA	EXAMEN	NOMBRE DEL EXAMEN	VR. EXAMEN	VR. COOPAGO	VR. TOTAL
74366	51837712	ANA YANETH DIAZ CASTRO	415555	15/03/2021	920903	GAMMAGRAFIA OSEA CON SPECT	333,700	0	333,700

TOTAL PACIENTES : 1 **TOTAL EXAMENES :** 1

SUBTOTAL	**333,700**
-COPAGOS	**0**
NETO	**333,700**

TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.