HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC
Kr 48 10-29 - Puerto Asis - Putumayo
Pbx: 350316005
www.hacputumayo.com.co
NIT: 901201887
CODIGO IPS: 865680081301

Fecha Factura	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**	
31/05/2025 17:48:40	**FEC212304**	
Fecha Vencimiento		
30/06/2025	Pagina:	1 de 5
Fecha Inicio Periodo de Facturación:	30/05/2025	
Fecha Final Periodo de Facturación:	31/05/2025	

CLIENTE

RESPONSABLE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2
CONTRATO No.:
DIRECCION: CR 22 SUR 26 A 21
CORREO: depuy.upres-pdc@policia.gov.co
NIT: 900419719
CIUDAD: NEIVA
CODIGO EPS: POL001
TELEFONO: 8630065
MODALIDAD DE CONTRATACION/PAGO: POR SERVICIO
PLAN DE BENEFICIOS: COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
FORMA DE PAGO: Crédito

DATOS DEL AUTORIZADO Y/O PACIENTE

NOMBRE: MUNOZ TROCHEZ JHOFER DAVID
DIRECCION: URB SAN VICENTE
CIUDAD: SAN MIGUEL (LA DORADA)
TELEFONO: 3166238862
CELULAR:
EMAIL:
TIPO IDENTIFICACION: CC
No. IDENTIFICACION: 1002951706
PLAN: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No2-PONAL-RES URG
TIPO USUARIO: ESPECIALES O DE EXCEPCION COTIZANTE
NUMERO DE POLIZA:
DIAGNOSTICO: R101
FECHA INGRESO: 30/05/2025
FECHA SALIDA: 31/05/2025
FECHA CIERRE DE CORTE:

CARGOS DE FACTURACION			AUTORIZAC	IDMIPRES	MIPRES	CANT	VALOR UN	IVA	VALOR T
TARIFARIO/ATC	**CUPS/CUM**								
CONSULTAS MEDICAS									
39139	890426	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA				1,00	57.700,00	0	57.700,00
				SUBTOTAL					**57.700,00**
LABORATORIO CLINICO									
19224	903813	CLORO				1,00	14.900,00	0	14.900,00
19290	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS				1,00	18.200,00	0	18.200,00
19304	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOG				1,00	31.500,00	0	31.500,00
19332	903828	DESHIDROGENASA LACTICA				1,00	23.000,00	0	23.000,00
19490	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				1,00	19.000,00	0	19.000,00
19749	903856	NITROGENO UREICO				1,00	15.200,00	0	15.200,00
19792	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS				1,00	45.200,00	0	45.200,00
19809	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO				1,00	19.000,00	0	19.000,00
19827	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]				1,00	45.900,00	0	45.900,00
19891	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS				1,00	37.200,00	0	37.200,00

Fecha Validación DIAN: 2025-05-31 17:49:11-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC
Kr 48 10-29 - Puerto Asis - Putumayo
Pbx: 350316005
www.hacputumayo.com.co
NIT: 901201887
CODIGO IPS: 865680081301

Fecha Factura	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**	
31/05/2025 17:48:40	**FEC212304**	
Fecha Vencimiento		
30/06/2025	Pagina:	2 de 5
Fecha Inicio Periodo de Facturación:	30/05/2025	
Fecha Final Periodo de Facturación:	31/05/2025	

CLIENTE

RESPONSABLE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2
CONTRATO No.:
DIRECCION: CR 22 SUR 26 A 21
CORREO: depuy.upres-pdc@policia.gov.co
NIT: 900419719
CIUDAD: NEIVA
CODIGO EPS: POL001
TELEFONO: 8630065
MODALIDAD DE CONTRATACION/PAGO: POR SERVICIO
PLAN DE BENEFICIOS: COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
FORMA DE PAGO: Crédito

DATOS DEL AUTORIZADO Y/O PACIENTE

NOMBRE: MUNOZ TROCHEZ JHOFER DAVID
DIRECCION: URB SAN VICENTE
CIUDAD: SAN MIGUEL (LA DORADA)
TELEFONO: 3166238862
CELULAR:
EMAIL:
TIPO IDENTIFICACION: CC
No. IDENTIFICACION: 1002951706
PLAN: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No2-PONAL-RES URG
TIPO USUARIO: ESPECIALES O DE EXCEPCION COTIZANTE
NUMERO DE POLIZA:
DIAGNOSTICO: R101
FECHA INGRESO: 30/05/2025
FECHA SALIDA: 31/05/2025
FECHA CIERRE DE CORTE:

CARGOS DE FACTURACION			AUTORIZAC	IDMIPRES	MIPRES	CANT	VALOR UN	IVA	VALOR T
TARIFARIO/ATC	**CUPS/CUM**								
19933	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]				1,00	33.900,00	0	33.900,00
19934	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]				1,00	33.900,00	0	33.900,00
19958	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]				1,00	44.800,00	0	44.800,00
903809	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA				1,00	31.200,00	0	31.200,00
				SUBTOTAL					**412.900,00**
HABITACION									
38133	129A02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MULTIPLE				1,00	357.700,00	0	357.700,00
				SUBTOTAL					**357.700,00**
IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA									
21201	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)				1,00	93.600,00	0	93.600,00
31109	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RINONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS)				1,00	303.000,00	0	303.000,00
31112	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS				1,00	156.000,00	0	156.000,00
				SUBTOTAL					**552.600,00**
PRIMER EVENTO QUIRURGICO									

Fecha Validación DIAN: 2025-05-31 17:49:11-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC
Kr 48 10-29 - Puerto Asis - Putumayo
Pbx: 350316005
www.hacputumayo.com.co
NIT: 901201887
CODIGO IPS: 865680081301

Fecha Factura	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**	
31/05/2025 17:48:40	**FEC212304**	
Fecha Vencimiento		
30/06/2025	Pagina:	3 de 5
Fecha Inicio Periodo de Facturación:	30/05/2025	
Fecha Final Periodo de Facturación:	31/05/2025	

CLIENTE

RESPONSABLE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2
CONTRATO No.:
DIRECCION: CR 22 SUR 26 A 21
CORREO: depuy.upres-pdc@policia.gov.co
NIT: 900419719
CIUDAD: NEIVA
CODIGO EPS: POL001
TELEFONO: 8630065
MODALIDAD DE CONTRATACION/PAGO: POR SERVICIO
PLAN DE BENEFICIOS: COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
FORMA DE PAGO: Crédito

DATOS DEL AUTORIZADO Y/O PACIENTE

NOMBRE: MUNOZ TROCHEZ JHOFER DAVID
DIRECCION: URB SAN VICENTE
CIUDAD: SAN MIGUEL (LA DORADA)
TELEFONO: 3166238862
CELULAR:
EMAIL:
TIPO IDENTIFICACION: CC
No. IDENTIFICACION: 1002951706
PLAN: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No2-PONAL-RES URG
TIPO USUARIO: ESPECIALES O DE EXCEPCION COTIZANTE
NUMERO DE POLIZA:
DIAGNOSTICO: R101
FECHA INGRESO: 30/05/2025
FECHA SALIDA: 31/05/2025
FECHA CIERRE DE CORTE:

CARGOS DE FACTURACION			AUTORIZAC	IDMIPRES	MIPRES	CANT	VALOR UN	IVA	VALOR T
TARIFARIO/ATC	**CUPS/CUM**								
7140	544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA				1	0	0	0
39006	S41101	ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRICAS				1,00	407.200,00	0	407.200,00
39106	S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA				1,00	240.700,00	0	240.700,00
39119	S41301	MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO				1,00	106.800,00	0	106.800,00
39210	2DS003	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) COMPLEJIDAD ALTA				1,00	721.900,00	0	721.900,00
39303	DM01	DERECHO DE MATERIALES				1,00	386.900,00	0	386.900,00
7108	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA				1	0	0	0
39004	S41101	ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRICAS				1,00	149.800,00	0	149.800,00
39104	S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA				1,00	88.900,00	0	88.900,00
39117	S41301	MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO				1,00	39.200,00	0	39.200,00
39208	2DS003	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) COMPLEJIDAD ALTA				1	0,00	0	0,00
39302	DM01	DERECHO DE MATERIALES				1	0,00	0	0,00
				SUBTOTAL					**2.141.400,00**
DESCARGO DE MEDICAMENTOS									
B05XA03	000029523-3	CLORURO DE SODIO 0.9 % X FCO 100ML BOLSA - 2020M-001117-R4				3,00	14.500,00	0	43.500,00

Fecha Validación DIAN: 2025-05-31 17:49:11-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC
Kr 48 10-29 - Puerto Asis - Putumayo
Pbx: 350316005
www.hacputumayo.com.co
NIT: 901201887
CODIGO IPS: 865680081301

Fecha Factura	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**	
31/05/2025 17:48:40	**FEC212304**	
Fecha Vencimiento		
30/06/2025	Pagina:	4 de 5
Fecha Inicio Periodo de Facturación:	30/05/2025	
Fecha Final Periodo de Facturación:	31/05/2025	

CLIENTE

RESPONSABLE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2
CONTRATO No.:
DIRECCION: CR 22 SUR 26 A 21
CORREO: depuy.upres-pdc@policia.gov.co
NIT: 900419719
CIUDAD: NEIVA
CODIGO EPS: POL001
TELEFONO: 8630065
MODALIDAD DE CONTRATACION/PAGO: POR SERVICIO
PLAN DE BENEFICIOS: COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
FORMA DE PAGO: Crédito

DATOS DEL AUTORIZADO Y/O PACIENTE

NOMBRE: MUNOZ TROCHEZ JHOFER DAVID
DIRECCION: URB SAN VICENTE
CIUDAD: SAN MIGUEL (LA DORADA)
TELEFONO: 3166238862
CELULAR:
EMAIL:
TIPO IDENTIFICACION: CC
No. IDENTIFICACION: 1002951706
PLAN: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No2-PONAL-RES URG
TIPO USUARIO: ESPECIALES O DE EXCEPCION COTIZANTE
NUMERO DE POLIZA:
DIAGNOSTICO: R101
FECHA INGRESO: 30/05/2025
FECHA SALIDA: 31/05/2025
FECHA CIERRE DE CORTE:

CARGOS DE FACTURACION			AUTORIZAC	IDMIPRES	MIPRES	CANT	VALOR UN	IVA	VALOR T
TARIFARIO/ATC	**CUPS/CUM**								
A03BB01	000225064-07	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG/ML SOLUCION AMPOLLA - 2022M-011494-R2				1,00	1.900,00	0	1.900,00
N02AX02	019924285-34	TRAMADOL 50MG/1ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA - 2021M-0000733-R2				2,00	581,00	0	1.162,00
A02BC01	020044344-02	OMEPRAZOL 40MG POLVO PARA RECONSTRUIR POLVO INYECTABLE - 2023M-0013645-R1				3,00	4.949,00	0	14.847,00
A02BC01	19989805-4	OMEPRAZOL 40MG POLVO PARA RECONSTRUIR AMPOLLA - 2021M-0008525-R1				1,00	4.949,00	0	4.949,00
B05XA30	32611-1	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 500ML BOLSA - 2020M-002294-R4				1,00	11.832,00	0	11.832,00
				SUBTOTAL					**78.190,00**
DESCARGO DE INSUMOS									
0203010537		EQUIPO PARA ADMINISTRACION DE SOLUCIONES MACROGOTEO UNIDAD - 2012DM-0001260-R1	IIa			2,00	6.313,00	0	12.626,00
0203010622		CONECTOR TAPON LIBRE DE AGUJA UNIDAD - 2017DM-0016712	IIB			2,00	5.790,00	0	11.580,00
0203010735		JERINGA DESECHABLE 10ML UNIDAD - 2019DM-0020242	IIA			4,00	531,00	0	2.124,00
0203010883		INTROCAN/CANULAS CATETER IV N. 18 UNIDAD - 2016DM-0000215 R2	III			2,00	12.643,00	0	25.286,00

Fecha Validación DIAN: 2025-05-31 17:49:11-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC
Kr 48 10-29 - Puerto Asis - Putumayo
Pbx: 350316005
www.hacputumayo.com.co
NIT: 901201887
CODIGO IPS: 865680081301

Fecha Factura	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**	
31/05/2025 17:48:40	**FEC212304**	
Fecha Vencimiento		
30/06/2025	Pagina:	5 de 5
Fecha Inicio Periodo de Facturación:	30/05/2025	
Fecha Final Periodo de Facturación:	31/05/2025	

CLIENTE

RESPONSABLE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2
CONTRATO No.:
DIRECCION: CR 22 SUR 26 A 21
CORREO: depuy.upres-pdc@policia.gov.co
NIT: 900419719
CIUDAD: NEIVA
CODIGO EPS: POL001
TELEFONO: 8630065
MODALIDAD DE CONTRATACION/PAGO: POR SERVICIO
PLAN DE BENEFICIOS: COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
FORMA DE PAGO: Crédito

DATOS DEL AUTORIZADO Y/O PACIENTE

NOMBRE: MUNOZ TROCHEZ JHOFER DAVID
DIRECCION: URB SAN VICENTE
CIUDAD: SAN MIGUEL (LA DORADA)
TELEFONO: 3166238862
CELULAR:
EMAIL:
TIPO IDENTIFICACION: CC
No. IDENTIFICACION: 1002951706
PLAN: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No2-PONAL-RES URG
TIPO USUARIO: ESPECIALES O DE EXCEPCION COTIZANTE
NUMERO DE POLIZA:
DIAGNOSTICO: R101
FECHA INGRESO: 30/05/2025
FECHA SALIDA: 31/05/2025
FECHA CIERRE DE CORTE:

CARGOS DE FACTURACION		AUTORIZAC	IDMIPRES	MIPRES	CANT	VALOR UN	IVA	VALOR T
TARIFARIO/ATC CUPS/CUM								
0203010332	TUBO SUCCION UNIDAD - 2011DM-0008052	IIa			2,00	15.590,00	0	31.180,00
				SUBTOTAL				**82.796,00**

SUBTOTAL	**3.683.286,00**
DESCUENTO	**0,00**
COPAGO	**0,00**
CUOTA MODERADORA	**0,00**
CUOTA DE RECUPERACIÓN	**0,00**
PAGOS COMPARTIDOS	**0,00**
TOTAL	**3.683.286,00**

Medio de Pago: Transferecia Crédito
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE

OBSERVACIONES:

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO Y PRESTA MERITO EJECUTIVO, NO SOMOS AUTORRETENEDORES, NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, SOMOS NO RESPONSABLES DE IVA, OBLIGADOS A FACTURAR POR INGRESOS NO GRAVADOS Y AGENTE DE RETENCION ICA MUNICIPIO DE PUERTO ASIS TARIFAS SEGUN ACUERDO Nro 015 DE DICIEMBRE 2024
DEPARTAMENTO PUTUMAYO.AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION No 18764091077450 DEL 27/03/2025 POR UNA VIGENCIA DE 24 MESES RANGO AUTORIZADO DEL FEC Nro. 200001 AL FEC - 400000. EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LA LEY 1819 DE 2016 Y ATENDIENDO EL DECRETO REGLAMENTARIO 1650 DEL 2017, POR FAVOR PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE SOBRE EL 50% DE LA TARIFA SOBRE LA RENTA, TARIFA APLICABLE DEL ANO 2022 AL ANO 2024

Paciente ☐ Autorización ☐ Institución ☐

Firma:
Nombre:
C.C/NIT:
De:

Elaboro:
Usuario: NORIDA STEFFANY ROJAS SANTANDER Reviso: ELKIN.AMADO
Firma:
Reviso:
Nombre:

Sector Salud

CODIGO_PRESTADOR	8656800813	MODALIDAD_PAGO	Por servicio
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura regimen especial o excepcion	NUMERO_CONTRATO	
NUMERO_POLIZA			

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
CUFE:e8ed6e940e4420aad5a4c6fa1e78959901baf0b56d57a45692ce3e6ce641e5154d6a1ce5e025511b13e0fbcdee0aa824
Tipo de operación: SS-CUFE
Fecha Validación DIAN: 2025-05-31 17:49:11-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0