HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO
S.A.S ZOMAC
KR 48 10-29 - PUERTO ASIS - PUTUMAYO
PBX: 3503160055 -FAX: 3503160055
www.hacputumayo.com.co
NIT: 901201887 - 7
CODIGO IPS: 865680081301

Fecha Factura	FACTURA DE VENTA 1	
2025/11/22	**No. FEC248818**	
Fecha Vencimiento	Pagina:	1 de 2
2025/12/22		

DOCUMENTO ORIGINAL

CLIENTE

RESPONSABLE: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S. NIT: 901021565 - 8
MODALIDAD DE CONTRATACION/PAGO: POR SERVICIO

CONTRATO No.: 814-1ES250001
CIUDAD: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
PLAN DE BENEFICIOS: PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON UPC

DIRECCION: CL 11A KR 33 ESQ BRR LA AURORA
CODIGO EPS: ESS118
FORMA DE PAGO: Crédito

CORREO: facturacionelectronicasalud@emssanar.org.co
TELEFONO: 7336030

DATOS DEL AUTORIZADO Y/O PACIENTE

NOMBRE: ZAMBRANO ECHEVERRY KAREN YURLEDY

DIRECCION: VEREDA LAS DELICIAS
TIPO IDENTIFICACION: CC
DIAGNOSTICO: O000

CUIDAD: PUERTO ASIS
No. IDENTIFICACION: 1123201940
FECHA INGRESO: 22/11/2025

TELEFONO: 3106040016
PLAN: EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO
FECHA SALIDA: 22/11/2025

CELULAR:
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO
FECHA CIERRE DE CORTE:

EMAIL:
NUMERO DE POLIZA:

CARGOS DE FACTURACION			AUTORIZAC	IDMIPRES	MIPRES	CANT	VALOR UN	IVA	VALOR T
TARIFARIO/ATC CUPS/CUM									
CONSULTAS MEDICAS									
39145	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	100			1	74.800	0	74.800
					SUBTOTAL				74.800
LABORATORIO CLINICO									
19304	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO				1	31.500	0	31.500
					SUBTOTAL				31.500
DESCARGO DE INSUMOS									
III	0203010531	CATETER INTRAVENOSO #18G UNIDAD - 2016DM-0000215 R2				1	12.643	0	12.643
IIa	0203010622	CONECTOR LIBRE DE AGUJA UNIDAD - 2017DM-0016712				1	7.270	0	7.270
IIA	0203011804	JERINGA DESECHABLE 10ML UNIDAD - 2018DM-0018552				1	1.580	0	1.580
					SUBTOTAL				21.493

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO
S.A.S ZOMAC
KR 48 10-29 - PUERTO ASIS - PUTUMAYO
PBX: 3503160055 -FAX: 3503160055
www.hacputumayo.com.co
NIT: 901201887 - 7
CODIGO IPS: 865680081301

Fecha Factura	**FACTURA DE VENTA 1**	
2025/11/22	**No. FEC248818**	
Fecha Vencimiento	Pagina:	2 de 2
2025/12/22		

DOCUMENTO ORIGINAL

CLIENTE

RESPONSABLE: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S. NIT: 901021565 - 8
MODALIDAD DE CONTRATACION/PAGO: POR SERVICIO

CONTRATO No.: 814-1ES250001
CIUDAD: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
PLAN DE BENEFICIOS: PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON UPC

DIRECCION: CL 11A KR 33 ESQ BRR LA AURORA
CODIGO EPS: ESS118
FORMA DE PAGO: Crédito

CORREO: facturacionelectronicasalud@emssanar.org.co
TELEFONO: 7336030

DATOS DEL AUTORIZADO Y/O PACIENTE

NOMBRE: ZAMBRANO ECHEVERRY KAREN YURLEDY

DIRECCION: VEREDA LAS DELICIAS
TIPO IDENTIFICACION: CC
DIAGNOSTICO: O000

CUIDAD: PUERTO ASIS
No. IDENTIFICACION: 1123201940
FECHA INGRESO: 22/11/2025

TELEFONO: 3106040016
PLAN: EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO
FECHA SALIDA: 22/11/2025

CELULAR:
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO
FECHA CIERRE DE CORTE:

EMAIL:
NUMERO DE POLIZA:

SUBTOTAL	**127.793**
DESCUENTO	**0**
COPAGO	**0**
CUOTA MODERADORA	**0**
CUOTA RECUPERACION	**0**
PAGOS COMPARTIDOS	**0**
TOTAL	**127.793**

SON: CIENTO VEINTE Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y TRES 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 ☐	Autorizado ☐	Institucion ☐	Elaboro:
Firma:			Firma:
Nombre:			
C.C/NIT:			VILEIDA MANQUILLO REYES
De:			Reviso:
Tel:			Nombre:
Ciudad Destino:	No. De Guia:		Firma:

Sector Salud			
CODIGO_PRESTADOR	865680081301	MODALIDAD_PAGO	Por servicio
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	814-1ES250001