

Afiliaciones

Pago a prestadores

Autorizaciones


RC

Pago a prestadores

Gestión de facturas

Criterios de Búsqueda

Fecha de Radicación			
Desde	Hasta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de Creación		Fecha de Finalización	
Desde	Hasta	Desde	Hasta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento	Municipio	Tipo Contrato	Estado
<input type="text" value="Todos"/>	<input type="text" value="Todos"/>	<input type="text" value="Seleccione..."/>	<input type="text" value="Seleccione..."/>
Tipo factura soportes	Tipo servicio soportes	Numero Factura	
<input type="text" value="Seleccione..."/>	<input type="text" value="Seleccione..."/>	<input type="text" value="20211529"/>	

	Acciones	Numero Radicado	Numero Factura	Estado Factura	Fecha Ingreso	Fecha Rad
		5194941	20211529	Radicada	05/abr./2024	08/abr

Página 1 de 1 (1 elementos)

1

Exportar a Excel

Exportar a csv

Días de radicación: Entre 1 y 24, entre 25 y 29, 30 o más.



E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Código Habilitación: 761110170501
CARRERA 15 NRO. 26 - 50 Tel:2395022
Nit. 815001140-4
www.hdn.gov.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. 20211529
Fecha de Generación: 01/03/2024
Hora de Generación: 11:32:37
Fecha de Expedición: 01/03/2024
Hora de Expedición: 11:33:03
Codigo CIU 8610

Cliente

COMFENALCO VALLE EPS (EPS012)

NIT: 890303093-5

Tipo Contrato:Evento Contrato:CONEVENTO (F02)

Email: 890303093@factureinbox.co

Paciente: **CC-29274267** ISMENIA LEYES RINCON

Dirección: CARRERA 30B N 14A46 Telefono: 31552986572

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente

Periodo Facturado: 01/03/2024 al 01/03/2024

Forma De Pago: CREDITO

N° Autorización:

N° Poliza:

Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	\$46.400.00	\$46.400.00
VALOR EVENTO 000008 (43121701) CONSULTA EXTERNA							\$46.400.00
VALOR COPAGO 000008 (43121701) CONSULTA EXTERNA							\$4.100.00
VALOR ENTIDAD 000008 (43121701) CONSULTA EXTERNA							\$42.300.00
SubTotal							\$46.400.00
IVA							\$0.00
Cuota Moderadora							\$0.00
Copago							\$0.00
Total							\$42.300.00

SON

CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:

Recibí:

July G.

JULI ANDREA GIRON
ADMINISTRATIVO

ISMENIA LEYES RINCON

ISMENIA LEYES RINCON
CC 29274267



CUFE: 2ea0893cf01aa91f7aad87880c1747774e0d39e41b9e615a1a08e98be1ab9f3fba52e7667ff60f8cfb4030e11dff3e7e

Número de Autorización: 18764052301699

Prefijo:

Rango Autorizado: 20180403 - 30000000

Vigencia: 2024-07-25

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura, obligándonos a la cancelación de la forma aquí pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa maxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento

Resolucion No. 18764052301699 - 2023-07-25 habilita del 20180403 al 30000000.

No Responsables de IVA.

Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023

Nit 900349841-1

Factura FDE

Autorización = AT

Historia clin = HC.

Detalle cargo = liquid.

Elaboró JULI ANDREA GIRON

*Factura
Activo
Cargos
Recibido*

1

Recampaco = 20211529



E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Código Habilitación: 761110170501
CARRERA 15 NRO. 26 - 50 Tel:2395022
Nit. 815001140-4
www.hdn.gov.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

No. 20201210

ANULADA(N)

Fecha de Generación: 14/12/2023

Hora de Generación: 11:26:21

Fecha de Expedición: 14/12/2023

Hora de Expedición: 11:26:28

Código CIU 8610

Cliente

COMFENALCO VALLE EPS (EPS012)

NIT: 890303093-5

Tipo Contrato:Evento Contrato:CONEVENTO (F02)

Email: facturacionelectronica@epsdelagente.com.co

Paciente: CC-29274267 ISMENIA LEYES RINCON

Dirección: CARRERA 30B N 14A46 Telefono: 31552986572

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente

Periodo Facturado: 01/12/2023 al 14/12/2023

Forma De Pago: CREDITO

N° Autorización:

N° Poliza:

Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Item	Codigo	Nombre	UND	Fin.	Cant.	Unitario	Total
1	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	\$46.400.00	\$46.400.00
VALOR EVENTO 000008 (43121701) CONSULTA EXTERNA							\$46.400.00
VALOR COPAGO 000008 (43121701) CONSULTA EXTERNA							\$4.100.00
VALOR ENTIDAD 000008 (43121701) CONSULTA EXTERNA							\$42.300.00
SubTotal							\$46.400.00
IVA							\$0.00
Cuota Moderadora							\$0.00
Copago							\$0.00
Total							\$42.300.00

SON

CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

Elaboró:

Recibí:

Alejandra Arias M

ALEJANDRA ARIAS MONSALVE
ADMINISTRATIVO

ISMENIA LEYES RINCON
CC 29274267



CUFE: 773013ddbfff20e7ec8fc083bc4ec703ad2129d637162c495d858d4c0e47d32163cd26dc3e390ebbe34ed69ed234807e

Número de Autorización: 18764052301699

Prefijo:

Rango Autorizado: 20180403 - 30000000

Vigencia: 2024-07-25

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura, obligándonos a la cancelación de la forma aquí pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa máxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento Resolución No. 18764052301699 - 2023-07-25 habilita del 20180403 al 30000000.

No Responsables de IVA.

Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023

Nit 900349841-1

Elaboró ALEJANDRA ARIAS MONSALVE

Afiliaciones

Pago a prestadores

Autorizaciones

RC

Pago a prestadores

Gestión de facturas

Criterios de Búsqueda

Fecha de Radicación

Desde Hasta

Fecha de Creación

Desde Hasta

Fecha de Finalización

Desde Hasta

Departamento

Todos

Municipio

Todos

Tipo Contrato

Seleccione...

Estado

Seleccione...

Tipo factura soportes

Seleccione...

Tipo servicio soportes

Seleccione...


Numero Factura

20211530

Buscar

Cargar Facturas

Limpiar Filtros

	Acciones	Numero Radicado	Numero Factura	Estado Factura	Fecha Ingreso	Fecha Radicada
		5194942	20211530	Radificada	05/abr./2024	08/abr

Página 1 de 1 (1 elementos)

1

Exportar a Excel

Exportar a csv

Días de radicación: Entre 1 y 24, entre 25 y 29, 30 o más.



E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Código Habilitación: 761110170501
CARRERA 15 NRO. 26 - 50 Tel:2395022
Nit. 815001140-4
www.hdn.gov.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. 20211530
Fecha de Generación: 01/03/2024
Hora de Generación: 11:39:27
Fecha de Expedición: 01/03/2024
Hora de Expedición: 11:39:51
Código CIU 8610

Revisado
5194942

Ciente

COMFENALCO VALLE EPS (EPS012)

NIT: 890303093-5

Tipo Contrato:Evento Contrato:CONEVENTO (F02)

Email: 890303093@factureinbox.co

Paciente: TI-1112401537 CARLOS ANDRES TORO RAMIREZ

Dirección: CALLE 28 18 B BIS 76 Telefono: 3235178896

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente

Periodo Facturado: 01/03/2024 al 01/03/2024

Forma De Pago: CREDITO

N° Autorización:

N° Poliza:

Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL ADOLESCENCIA	NAR	SBU	1.00	\$128.800.00	\$128.800.00
2	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	NAR	SBU	1.00	\$7.000.00	\$7.000.00
3	997102	APLICACION DE SELLANTES ADOLESCENCIA	NAR	SBU	4.00	\$27.800.00	\$111.200.00
4	997106	APLICACION DE BARNIZ DE FLUOR -HIGIENISTA- ADOLESCENCIA	NAR	SBU	1.00	\$31.700.00	\$31.700.00
VALOR EVENTO 000005 (43122001) PROMOCION Y MANTENIMIENTO							\$278.700.00
VALOR COPAGO 000005 (43122001) PROMOCION Y MANTENIMIENTO							\$30.222.00
VALOR ENTIDAD 000005 (43122001) PROMOCION Y MANTENIMIENTO							\$248.478.00
SubTotal							\$278.700.00
IVA							\$0.00
Cuota Moderadora							\$0.00
Copago							\$0.00
Total							\$248.478.00

SON

DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Elaboró:

Recibí:

July G.

JULI ANDREA GIRON
ADMINISTRATIVO

Carlos Andres Toro

CARLOS ANDRES TORO RAMIREZ
TI 1112401537

73227



CUFE: 7f0e52b79b15302754bcafec0477f2b580131f3e995c5434a07d12e6fcb68ae2b0f924b17e59a7a5f0b929d6d31d4c5f

Número de Autorización: 18764052301699

Prefijo:

Rango Autorizado: 20180403 - 30000000

Vigencia: 2024-07-25

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura, obligándonos a la cancelación de la forma aquí pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa maxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento
Resolucion No. 18764052301699 - 2023-07-25 habilita del 20180403 al 30000000.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

Elaboró JULI ANDREA GIRON

2
Activo

Raemplazo FV = 20211530



E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Código Habilitación: 761110170501
CARRERA 15 NRO. 26 - 50 Tel:2395022
Nit. 815001140-4
www.hdn.gov.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

No. 20187776

ANULADA(N)

Fecha de Generación: 08/09/2023

Hora de Generación: 15:46:23

Fecha de Expedición: 08/09/2023

Hora de Expedición: 15:46:31

Código CIU 8610

Cliente

COMFENALCO VALLE EPS (EPS012)

NIT: 890303093-5

Tipo Contrato:Evento Contrato:CONEVENTO (F02)

Email: facturacionelectronica@epsdelagente.com.co

Paciente: TI-1112401537 CARLOS ANDRES TORO RAMIREZ

Dirección: CALLE 28 18 B BIS 76 Teléfono: 3235178896

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente

Periodo Facturado: 01/09/2023 al 08/09/2023

Forma De Pago: CREDITO

N° Autorización:

N° Poliza:

Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

PRESTACION DE SERVICIOS

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL ADOLESCENCIA	NAR	SBU	1.00	\$128.800.00	\$128.800.00
2	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	NAR	SBU	1.00	\$7.000.00	\$7.000.00
3	997102	APLICACION DE SELLANTES ADOLESCENCIA	NAR	SBU	4.00	\$27.800.00	\$111.200.00
4	997106	APLICACION DE BARNIZ DE FLUOR -HIGIENISTA- ADOLESCENCIA	NAR	SBU	1.00	\$31.700.00	\$31.700.00
VALOR EVENTO 000005 (43122001) PROMOCION Y MANTENIMIENTO							\$278.700.00
VALOR COPAGO 000005 (43122001) PROMOCION Y MANTENIMIENTO							\$30.222.00
VALOR ENTIDAD 000005 (43122001) PROMOCION Y MANTENIMIENTO							\$248.478.00
SubTotal							\$278.700.00
IVA							\$0.00
Cuota Moderadora							\$0.00
Copago							\$0.00
Total							\$248.478.00

SON

DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Elaboró:

Recibí:

Alison Rivera H.

ALISON RIVERA HERRERA
ADMINISTRATIVO

CARLOS ANDRES TORO RAMIREZ
TI 1112401537



CUFE: e0b1ba990afd01623f973f94a4acce943c32a2a807ecddd229f700d129dc4ca9b2c773372e820f5b5328aa8d91a9cf3c

Número de Autorización: 18764052301699

Prefijo:

Rango Autorizado: 20180403 - 30000000

Vigencia: 2024-07-25

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura, obligándonos a la cancelación de la forma aquí pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa máxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento

Resolucion No. 18764052301699 - 2023-07-25 habilita del 20180403 al 30000000.

No Responsables de IVA.

Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023

Nit 900349841-1

Elaboró ALISON RIVERA HERRERA

Afiliaciones

Pago a prestadores

Autorizaciones

RC

Pago a prestadores

Gestión de facturas

Criterios de Búsqueda

Fecha de Radicación

Desde

Hasta

Fecha de Creación

Desde

Hasta

Fecha de Finalización

Desde

Hasta

Departamento

Todos

Municipio

Todos

Tipo Contrato

Seleccione...

Estado

Seleccione...

Tipo factura soportes

Seleccione...

Tipo servicio soportes

Numero Factura

20211531

Buscar

Cargar Facturas

Limpiar Filtros

	Acciones	Numero Radicado	Numero Factura	Estado Factura	Fecha Ingreso	Fecha Rad
	Q	5194943	20211531	Radicada	05/abr./2024	08/abr./

Página 1 de 1 (1 elementos)

1

Exportar a Excel

Exportar a csv

Días de radicación: Entre 1 y 24, entre 25 y 29, 30 o más.



E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO

Código Habilitación: 761110170501
CARRERA 15 NRO. 26 - 50 Tel:2395022
Nit. 815001140-4
www.hdn.gov.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. 20211531
Fecha de Generación: 01/03/2024
Hora de Generación: 11:41:13
Fecha de Expedición: 01/03/2024
Hora de Expedición: 11:41:38
Código CIU 8610

Radica
5194943

Cliente

COMFENALCO VALLE EPS (EPS012)

NIT: 890303093-5

Tipo Contrato:Evento Contrato:CONVENTO (F02)

Email: 890303093@factureinbox.co

Paciente: CC-66704317 ALIRIA BRAVO MUÑOZ

Dirección: CIUDAD DEL CAMPO Telefono: 3164133406

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente

Periodo Facturado: 01/03/2024 al 01/03/2024

Forma De Pago: CREDITO

N° Autorización:

N° Poliza:

Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

PRESTACION DE LOS SERVICIO DE SALUD

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	NAR	NA	1.00	\$25.360.00	\$25.360.00
2	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	NAR	NA	1.00	\$24.000.00	\$24.000.00
3	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	\$60.960.00	\$60.960.00
SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS							\$110.320.00
4	38644 - 01	HIDROXICINA 100MG AMP Suspension Inyectable 100 MG	NAR	NA	1.00	\$5.200.00	\$5.200.00
5	MQ0040	JERINGA DE 3CC	NAR	NA	1.00	\$201.00	\$201.00
6	MQ0041	JERINGA DE 5CC	NAR	NA	1.00	\$327.00	\$327.00
7	19934768 - 17	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML SO Solucion Inyectable 75 MG/3 ML	NAR	NA	1.00	\$232.00	\$232.00
SUBTOTAL 000011 (43126201) FARMACIA							\$5.960.00
SubTotal							\$116.280.00
IVA							\$0.00
Cuota Moderadora							\$0.00
Copago							\$0.00
Total							\$116.280.00

SON

CIENTO DIECISEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

Elaboró:

Recibí:

JULY 6.

JULI ANDREA GIRON
ADMINISTRATIVO

Factura
15.

Aliria Bravo a
ALIRIA BRAVO MUÑOZ
CC 66704317

Recebe
01511.



CUFE: a58b24f8d968f1a428270d51321ab1f43954a0e8ad10b7f6e7d9201da87f66d3fc258f232039b9005f42ff8c76b2554e

Número de Autorización: 18764052301699

Prefijo:

Rango Autorizado: 20180403 - 30000000

Vigencia: 2024-07-25

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura, obligándonos a la cancelación de la forma aquí pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa maxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento
Resolucion No. 18764052301699 - 2023-07-25 habilita del 20180403 al 30000000.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023
Nit 900349841-1

#9
Aceptado

Recampiaro FV = 20211531



E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Código Habilitación: 761110170501
CARRERA 15 NRO. 26 - 50 Tel:2395022
Nit. 815001140-4
www.hdn.gov.co

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

No. 20192173

ANULADA(N)

Fecha de Generación: 09/10/2023

Hora de Generación: 16:25:39

Fecha de Expedición: 09/10/2023

Hora de Expedición: 16:25:56

Código CIU 8610

Cliente

COMFENALCO VALLE EPS (EPS012)

NIT: 890303093-5

Tipo Contrato:Evento Contrato:CONVENIO (F02)

Email: facturacionelectronica@epsdelagente.com.co

Paciente: CC-66704317 ALIRIA BRAVO MUÑOZ

Dirección: CIUDAD DEL CAMPO Telefono: 3164133406

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente

Periodo Facturado: 01/10/2023 al 09/10/2023

Forma De Pago: CREDITO

N° Autorización:

N° Poliza:

Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

PRESTACION EN SERVICIOS DE SALUD

Item	Codigo	Nombre	UND	Fina.	Cant.	Unitario	Total
1	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	NAR	NA	1.00	\$25.360.00	\$25.360.00
2	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	NAR	NA	1.00	\$24.000.00	\$24.000.00
3	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	NAR	NA	1.00	\$60.960.00	\$60.960.00
SUBTOTAL 000001 431208 URGENCIAS							\$110.320.00
4	38644 - 01	HIDROXICINA 100MG AMP Suspension Inyectable 100 MG	NAR	NA	1.00	\$5.200.00	\$5.200.00
5	MQ0040	JERINGA DE 3CC	NAR	NA	1.00	\$201.00	\$201.00
6	MQ0041	JERINGA DE 5CC	NAR	NA	1.00	\$327.00	\$327.00
7	19934768 - 17	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML SO Solucion Inyectable 75 MG/3 ML	NAR	NA	1.00	\$232.00	\$232.00
SUBTOTAL 000011 (43126201) FARMACIA							\$5.960.00
SubTotal							\$116.280.00
IVA							\$0.00
Cuota Moderadora							\$0.00
Copago							\$0.00
Total							\$116.280.00

SON

CIENTO DIECISEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

Elaboró:

Recibí:

JENNIFER SILVA
ADMINISTRATIVO

ALIRIA BRAVO MUÑOZ
CC 66704317



CUFE: 11fd07fe34b43d589c79fc4c861a167060da7b914d88f63f85214a778ee70a813f47621fd97d11e94f5fb27642663de6

Número de Autorización: 18764052301699

Prefijo:

Rango Autorizado: 20180403 - 30000000

Vigencia: 2024-07-25

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Hospital, de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura, obligándonos a la cancelación de la forma aquí pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa máxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento

Resolucion No. 18764052301699 - 2023-07-25 habilita del 20180403 al 30000000.

No Responsables de IVA.

Impreso por Software SIHOS WEB V. 2023

Nit 900349841-1