

Fecha: 29/Ene/2009

Nit 890301430-5
 Dirección Avda. 2^{da} Nte No 24 157
 Fax 6672787
 Telefono 6081000 Ext. 493

☒ Cotización

☐ Paquets

Tipo de Solicitud

\$ 323.800

Valor Deposito	Valor Retirado	Saldo
1000		1000
	500	500
2000		2500
	1000	1500
3000		4500
	1500	3000
4000		7000
	2000	5000
5000		10000
	2500	7500
6000		13500
	3000	10500
7000		17500
	3500	14000
8000		22000
	4000	18000
9000		27000
	4500	22500
10000		32500
	5000	27500
11000		38500
	5500	33000
12000		45500
	6000	39500
13000		52500
	6500	46000
14000		60000
	7000	53000
15000		68000
	7500	60500
16000		76500
	8000	68500
17000		85500
	8500	77000
18000		95500
	9000	86500
19000		104500
	9500	95000
20000		114500
	10000	104500
21000		124500
	10500	114000
22000		134500
	11000	123000
23000		144500
	11500	132500
24000		155000
	12000	140500
25000		165500
	12500	153000
26000		176000
	13000	163000
27000		188500
	13500	174500
28000		201000
	14000	186500
29000		213500
	14500	199000
30000		226000
	15000	211000
31000		238500
	15500	223000
32000		251000
	16000	235000
33000		263500
	16500	247000
34000		276000
	17000	259000
35000		288500
	17500	271000
36000		301000
	18000	283000
37000		313500
	18500	294500
38000		326000
	19000	305500
39000		338500
	19500	315000
40000		351000
	20000	325000
41000		363500
	20500	334500
42000		376000
	21000	343500
43000		388500
	21500	352000
44000		401000
	22000	360000
45000		413500
	22500	367500
46000		426000
	23000	374500
47000		438500
	23500	381500
48000		451000
	24000	388500
49000		463500
	24500	395500
50000		476000
	25000	402500
51000		488500
	25500	409500
52000		501000
	26000	416500
53000		513500
	26500	423500
54000		526000
	27000	430500
55000		538500
	27500	437500
56000		551000
	28000	444500
57000		563500
	28500	451500
58000		576000
	29000	458500
59000		588500
	29500	465500

1. Información Básica

Nombre(s) y Apellido(s)

Hector Fabio Vinazco Diaz

Identificación

1107034794

Contrato No. _____

Entidad

EPS Indígena Mallarnas

Professional

Dr. Martinez Juan Pablo

Procedimiento

Radiografía de Colon Por Enema con Doble Contraste

Tiempo Quirúrgico

Estado Post

Ambulatorio

Tipo de Anestesia

Eda:

31 años

Cellular

3147139097

telefono

Tax

2. Liquidación

[illegible]

PAGO ANTICIPADO

SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO NO CONTRIBUYENTES DE RENTA



Clínica Nuestra Señora de los Remedios

Código: COT-FR-008

Formato: Cotización de Paquetes

Fecha: 29/Ene/2009

3. Observaciones

Cotización válida hasta 60 días

No incluye ningún tipo de complicación

Incluye Honorarios Médicos

☒ SI ☐ NO

Valor de Cotización

\$ 323.800

Valor Deposito

\$ 323.800

% Deposito

100%

☐ Liquidación Derechos de Sala ISS

☒ Institucionales

Lista de Precios

652

El valor cotizado es una aproximación, en caso de existir algún excedente debe ser cancelado por el paciente o la entidad, quienes respectivamente aceptan por medio de este documento dicha obligación.

Se excluye todo tipo de complicaciones.

Los medicamentos, insumos y materiales se cotiza un valor aproximado, puede aumentar o disminuir según el consumo.

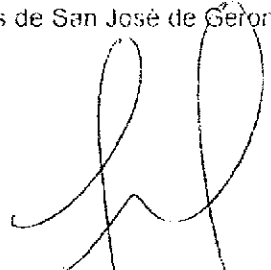
4. Condiciones de Pago

El valor cotizado debe ser depositado al momento del ingreso en la caja principal, el pago puede realizarse con cheque, tarjetas o en efectivo

5. Para Manejo de Consignaciones

Cuenta No. 01400320-6 Banco de Occidente al nombre del Instituto de Religiosas de San José de Gerona.

APROBADO



Jacqueline Dominguez
ELABORADO

RECIBIDO

03 12 12