

**COTIZACION DE SERVICIO**

CODIGO:

N/A

FECHA DE EMISIÓN:

01.08.22

FECHA DE ACTUALIZACION:

N/A

VERSIÓN: 001

FECHA: 30-03-2023

CONSECUTIVO

NA

242

CIUDAD: SANTA MARTA

NOMBRE DEL PACIENTE

ANDRES CAMILO DIAZ CAMARGO

IDENTIFICACIÓN NUMERO:

1082859708

TIPO IDENTI:

TI

VALIDO HASTA:

08-04-2023

A continuación se detalla la cotización de los servicios requeridos por el usuario mencionado en la parte superior del presente documento y solicitamos autorización para realización del (los) mismo (s).

Item	NOMBRE DEL SERVICIO / PRODUCTO	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ELECTROMIOGRAFIA CADA EXTREMIDAD	2,00	\$ 66.768	\$ 133.536
2	NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS)	2,00	\$ 55.120	\$ 110.240
3	AGUJA PARA ELECTROMIOGRAFIA	1,00	\$ 40.000	\$ 40.000
4				\$ 0
5				\$ 0
6				\$ 0
7				\$ 0
8				\$ 0
9				\$ 0
10				\$ 0
			TOTAL	\$ 283.776

Observaciones: Los valores calculados en la presente cotización están sujetos a cambios, por lo que el responsable de la cuenta debe cancelar los adicionales asociados a posibles complicaciones durante la prestación del servicio.

Asi mismo, la presente cotización no es válida si se requiere el servicio posterior a la fecha de vigencia de la misma.

Gracias por elegirnos, en espera de brindarles la mejor atención.

ATENTAMENTE,

Nombre: NICOLAS DE JESUS ARVILLA BUELVAS**Cargo: Auxiliar de autorizaciones****AREA: FACTURACIÓN****COLSALUD S.A. - CLINICA MARCARIBE****NIT: 819002176-8****email: autorizacioneshospitalizacionp3@clinicamarcaribe.com****Tel: 4206464 – 4206465 EXT _ 429**