**Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.**

Usuario Solicitante: MHjarosero JHON ALEXANDER ROSERO RODRIGUEZ

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-076- SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION

Fecha y Hora Sistema: 2021-06-15-8:45 a. m.

## REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 7521 de fecha 2021-05-20. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 54721 | **Fecha Registro:** | 2021-06-15 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | | 36-02-00-076-000000 SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 25.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 25.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 25.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 890320032 | **Razon Social:** | CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 484674072 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA S. A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | 94386599 | **Nombre:** | FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL VALLE |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIATICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de comisión:** | | **Numero:** | CO1.PCCNTR.2567451 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2021-06-15 |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSOREC URSO | SITUAC. | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101000 DESPACHO DIRECCION | C-3603-1300-14-0-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES - | Nación | 10 | CSF | | 25.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 25.000.000,00 | 0,00 | 25.000.000,00 | 25.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SERVICIO MEDICO: PRESTAR LOS SERVICIOS INTEGRALES DE LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE OFTALMOLOGÍA PARA LOS BENEFICIARIOS AFILIADOS AL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DEL SENA REGIONAL VALLE. |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-076-000000 | SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-08-30 | 9.000.000,00 | 9.000.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-076-000000 | SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-10-30 | 9.000.000,00 | 9.000.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-076-000000 | SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-12-31 | 7.000.000,00 | 7.000.000,00 | NINGUNO |

Firmado digitalmente por Maria Julia Quejada Moya
Versión de Adobe Acrobat: 2021.005.20048

**MARIA JULIA QUEJADA MOYA**
**COORDINADORA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14765877660

(415)7707212489984(8020) 000001476587766 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali 5 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI | COC |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 47 8 C 94

42. Correo electrónico notificaciones@clinicaofta.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 7 0 8 6 | 5 1 1 0 2 0 0 | 5 5 2 0 8 9 0 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 0 0 4 0 3 | 4 7 7 3 | 2 0 0 0 1 1 2 4 | | | | | 3 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 3 | 5 | 7 | 1 0 | 1 4 | 4 0 | 4 2 | 4 8 | 5 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
40- Impuesto a la Riqueza
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | 2 3 | 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 06 - 25 / 09 : 56: 25

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ORREGO GRAJALES JESSICA
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14765877660

(415)7707212489984(8020) **000001476587766 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali 5 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 3 | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 1 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 5 | 0 5 |
| 72. Número | 3 9 6 4 | 1 9 9 9 |
| 73. Fecha | 1 9 8 1 0 7 0 9 | 2 0 0 8 0 6 1 2 |
| 74. Número de notaría | 2 | 6 |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 1 9 8 1 0 7 2 1 | 2 0 0 8 0 6 2 0 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 9 4 4 6 2 - 4 | 9 4 4 6 2 - 4 |
| 78. Departamento | 7 6 | 7 6 |
| 79. Ciudad/Municipio | 8 | 8 |
| **Vigencia** | | |
| 80. Desde | 1 9 8 1 0 7 0 9 | 2 0 0 8 0 6 1 2 |
| 81. Hasta | 2 0 8 0 0 7 0 9 | 2 0 8 0 0 7 0 9 |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 6 0 1 0 1 | | - |
| 2 | 7 4 | 2 0 1 9 0 5 1 4 | 8 9 0 3 2 1 1 5 1 | - 0 |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14765877660

(415)7707212489984(8020) **000001476587766 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali | 5 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 0 1 0 2 7 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 6 6 9 5 6 4 1 0 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BARONA | MEDINA | ANGELA | LILIAN |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 9 0 2 2 6 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 9 4 8 8 9 7 6 0 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ORREGO | GRAJALES | JESSICA | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14765877660

(415)7707212489984(8020) **000001476587766 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali 5 | |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

| | 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad | 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres | 119. Razón social | 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 6 4 4 9 8 2 2 | | COLOMBIA 1 6 9 | RAMIREZ | ROJAS | HENRY | ALBERTO | | | | 2 0 1 7 0 3 2 9 | |
| 2 | Cédula de Ciudada 1 3 | 3 8 6 5 5 1 8 1 | | COLOMBIA 1 6 9 | NUÑEZ | GIRON | MARIA | XIMENA | | | | 2 0 1 7 0 3 2 9 | |
| 3 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 6 7 8 2 2 1 7 | | COLOMBIA 1 6 9 | GIRALDO | LONDOÑO | MAURICIO | | | | | 2 0 1 9 0 3 2 8 | |
| 4 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 4 9 7 4 9 3 3 | | COLOMBIA 1 6 9 | CASTRO | ZAWADSKI | ALBERTO | JOSE | | | | 2 0 1 7 0 3 2 9 | |
| 5 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 4 9 7 1 6 6 7 | | COLOMBIA 1 6 9 | CHAUX | TORRES | GUILLERMO | ALBERTO | | | | 2 0 1 8 0 3 2 1 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14765877660

(415)7707212489984(8020) **000001476587766 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali 5 | |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 6 2 7 2 4 0 0 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| STORINO | PALACIO | GEANCARLO | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 1 0 3 2 5 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 3 1 9 0 5 5 7 4 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DOLMETSCH | CUEVAS | ANGELA | MARIA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 7 0 3 2 9 | |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 4 9 6 3 9 5 6 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MEDINA | TOVAR | JAIRO | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 0 0 3 1 9 | |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 6 7 6 4 4 1 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OCAMPO | DOMINGUEZ | HUGO | HERNAN |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 1 0 3 2 5 | |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 6 6 5 4 3 8 9 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CANO | VARGAS | CARLOS | EDUARDO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 8 0 3 2 1 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14765877660

(415)7707212489984(8020) **000001476587766 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali 5 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6 6 9 9 4 3 8 6 | | 1 0 4 2 2 3 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RIVERA | GALINDEZ | MONICA | HELLEN |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 9 0 3 0 9 4 2 1 | 5 | GONZALO MILLAN C.& ASOCIADOS AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS S.A. |

135. Fecha de nombramiento: 2 0 0 4 0 9 1 6

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 1 9 3 6 0 3 3 | | 6 9 7 5 3 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DIAZ | OSPINA | ANGELA | MARIA |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 9 0 3 0 9 4 2 1 | 5 | GONZALO MILLAN C.& ASOCIADOS AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS S.A. |

147. Fecha de nombramiento: 2 0 0 0 0 2 1 0

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 9 4 8 8 9 7 6 0 | | 1 6 4 5 5 8 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ORREGO | GRAJALES | JESSICA | |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 2 0 2 1 6

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14765877660

(415)7707212489984(8020) **000001476587766 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sede 0 9 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 47 8 C 94

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 9 4 4 6 3 - 2 | 1 9 8 1 0 7 2 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 5 5 2 0 8 9 0 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. SEDE EL PRADO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 23 TV 25 E 100

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 5 3 4 8 3 0 - 2 | 2 0 0 0 0 5 0 3 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 3 5 5 3 0 6 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. SEDE CHIPICHAPE

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 38 N 6 N 35

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 5 5 6 0 5 9 - 2 | 2 0 0 1 0 3 1 4 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 6 7 7 6 6 8 | 2 0 2 0 0 6 1 0 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14765877660

(415)7707212489984(8020) **000001476587766 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 3 2 0 0 3 2 | 8 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A SEDE TULUA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Tuluá 8 3 4 |

165. Dirección: CR 34 25 10

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 5 7 9 4 6 2 | 2 0 0 7 0 6 2 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 2 2 4 8 1 2 1 | 2 0 2 0 0 6 0 4 |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A SEDE SEBASTIAN DE BELALCAZAR

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: AV 4 N 7 53

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 9 1 1 1 9 9 | 2 0 1 4 1 0 0 2 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 6 0 6 8 0 9 | 2 0 1 7 0 3 2 9 |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A SEDE PALMIRA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Palmira 5 2 0 |

165. Dirección: CL 31 44 239 LC 216 217

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 1 2 8 5 7 | 2 0 1 6 0 1 2 6 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 2 8 5 5 6 8 3 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS

## COMPROBANTE No_089202-2021

RH SAS, Nit 805007083-3, autorizada por la Corporación Autonoma Regional del Valle del Cauca - CVC, mediante Resolución 0100 - No. 150 - 0242 de 2016 por la cual se otorga licencia ambiental como gestor externo para las actividades de almacenamiento y tratamiento de residuos hospitalarios e industriales a través de desactivación de alta eficiencia por medio de esterilización y valorización energética.

**CERTIFICA QUE:**

A través de nuestra flota de vehículos recibimos en nuestra planta de gestión integral de residuos peligrosos, los siguientes residuos de CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. , con Nit 890320032-8 y NUID 5516 ubicado en la siguiente dirección, CR 47 # 8 C - 94 del municipio de: SANTIAGO DE CALI (VALLE DEL CAUCA) en cumplimiento al contrato y correspondiente a la factura del servicio No. FES1 - 43609.

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA RECOLECCIÓN | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 01/06/2021 | SPK 050 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 2,20 | INCINERACION | 369653 |
| 03/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,30 | INCINERACION | 369962 |
| 05/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,60 | INCINERACION | 370229 |
| 12/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,50 | INCINERACION | 370994 |
| 15/06/2021 | KUN 891 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,30 | INCINERACION | 371220 |
| 19/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,50 | INCINERACION | 371815 |
| 22/06/2021 | KUN 891 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,30 | INCINERACION | 372097 |
| 24/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,55 | INCINERACION | 372280 |
| 26/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,50 | INCINERACION | 372647 |
| 29/06/2021 | SPK 110 | Y1 | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,30 | INCINERACION | 372887 |
| | | | **Total:** | **6,05** | | |

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA RECOLECCIÓN | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 01/06/2021 | SPK 050 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 36,33 | ESTERILIZACIÓN | 369653 |

# COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS

## COMPROBANTE No_089202-2021

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA RECOLECCIÓN | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 03/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 63,60 | ESTERILIZACIÓN | 369962 |
| 05/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 76,70 | ESTERILIZACIÓN | 370229 |
| 10/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 58,50 | ESTERILIZACIÓN | 370725 |
| 12/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 74,00 | ESTERILIZACIÓN | 370994 |
| 15/06/2021 | KUN 891 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 3,20 | ESTERILIZACIÓN | 371220 |
| 17/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 58,45 | ESTERILIZACIÓN | 371539 |
| 19/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 87,00 | ESTERILIZACIÓN | 371815 |
| 22/06/2021 | KUN 891 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 42,00 | ESTERILIZACIÓN | 372097 |
| 24/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 60,85 | ESTERILIZACIÓN | 372280 |
| 26/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 66,00 | ESTERILIZACIÓN | 372647 |
| 29/06/2021 | SPK 110 | Y1 | RH BIOSANITARIOS | 37,50 | ESTERILIZACIÓN | 372887 |
| | | | **Total:** | **664,13** | | |

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA RECOLECCIÓN | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 01/06/2021 | SPK 050 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 0,90 | INCINERACION | 369653 |
| 03/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 0,15 | INCINERACION | 369962 |
| 05/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 0,70 | INCINERACION | 370229 |
| 12/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 2,00 | INCINERACION | 370994 |
| 17/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 0,60 | INCINERACION | 371539 |
| 19/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 2,00 | INCINERACION | 371815 |
| 24/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 0,65 | INCINERACION | 372280 |
| 26/06/2021 | WGR228 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 1,00 | INCINERACION | 372647 |

## COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS

## COMPROBANTE No_089202-2021

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA RECOLECCIÓN | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 29/06/2021 | SPK 110 | Y1 | RH CORTOPUNZANTES | 1,70 | INCINERACION | 372887 |
| | | | **Total:** | **9,70** | | |

ESTERILIZACIÓN : Tratamiento termico por vapor humedo realizado bajo condiciones normales de operación acorde a lo establecido en la normatividad ambiental vigente. Los residuos desactivados son dispuestos en el Relleno Sanitario Colomba - Guabal de Yotoco.

INCINERACION : Tratamiento Termico por combustión de alta eficiencia realizado bajo condiciones normales de operación de acuerdo a la normatividad vigente. De acuerdo a la capacidad de nuestros equipos o contingencias que puedan presentarse en estos, RH SAS podrá gestionar estos residuos con gestores aliados autorizados con sus licencias ambientales para tratamiento de residuos peligrosos por lo cual se adjuntará posteriormente su certificado de manejo.

| RESIDUO | TARIFA X KILO |
|---|---|

Este certificado se firma a los 09 días del mes de Julio del 2021.

**JOSÉ DAVID GONZÁLEZ**
**JEFE DE OPERACIONES**
**RH SAS**

Cra 24 # 13 _ 387 Bodega 3 Autopista Cali_Yumbo _ Valle del Cauca
PBX _092_5245122_ Telefonos: 092_6665122_6665123
Línea Gratuita Nacional 018000523123
www.rhsas.com.co

| CODIGO: FSIG-021<br>Versión: 4<br>Ultima Revisión: 10-01-2018 | FUENTES DE GENERACIÓN Y CLASES DE RESIDUOS<br>RH1 | Clínica de Oftalmología de Cali S.A. |
|---|---|---|

AÑO: 2021 - | MES: JUNIO - | SEDE: principal

AREA DE RECOLECCIÓN: cirugia - C - X

| DÍA | JORNADA | TIPOS DE RESIDUOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | RESIDUOS NO PELIGROSOS | | RESIDUOS PELIGROSOS | | | | | | | |
| | | | | | | | TOXICOS | | | EXPLOSIVOS | |
| | | No Aprovechables Kg | Aprovechables Kg | Biosanitarios Kg | Anatomopatologicos Kg | Contaminantes Kg | Fármacos Kg | Lamparas Fluorescentes Kg | Pilas Kg | Presurizados Kg | |
| 01 | m | 6.70 | 1.30 | 10.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 01 | T | 7.10 | - | 11.70 | - | - | - | 0.10 | - | - | |
| 02 | m | 3.00 | 1.60 | 22.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 03 | m | 4.70 | 1.50 | 32.00 | 0.75 | - | - | - | - | - | |
| 06 | T | 5.00 | 0.80 | 14.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 07 | m | 2.60 | 1.30 | 22.00 | 0.60 | - | - | - | - | - | |
| 07 | T | 3.40 | - | 10.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 08 | m | 3.00 | 1.20 | 20.00 | 0.55 | 0.90 | - | - | - | - | |
| 08 | T | 7.60 | 0.60 | 17.00 | 0.20 | - | - | 0.15 | - | - | |
| 09 | m | 4.10 | 1.40 | 23.00 | - | 0.10 | - | - | - | - | |
| 10 | m | 4.60 | 2.00 | 33.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 12 | T | 6.70 | 1.20 | 14.00 | 0.25 | 0.75 | 2.85 | - | - | - | |
| 13 | m | 7.10 | 1.20 | 16.00 | 0.60 | - | - | - | - | - | |
| 13 | T | 6.30 | - | 12.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 14 | m | 4.30 | 1.90 | 10.00 | - | 0.75 | - | - | - | - | |
| 15 | m | 7.00 | 2.00 | 10.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 15 | T | 7.30 | 1.90 | 14.00 | - | 1.00 | - | - | - | - | |
| 16 | m | 7.60 | 2.00 | 25.00 | 1.10 | - | - | - | - | - | |
| 17 | m | 4.10 | 1.70 | 33.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 19 | T | 7.00 | 0.60 | 4.30 | - | - | - | - | - | - | |
| 21 | m | 3.10 | 0.85 | 16.00 | - | 0.55 | - | - | - | - | |
| 22 | T | 7.40 | 1.20 | 13.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 22 | m | 2.30 | 2.00 | 14.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 22 | T | 8.10 | - | 12.00 | - | - | 0.25 | 0.25 | - | - | |
| 23 | m | 3.70 | 1.30 | 18.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 26 | m | 3.00 | 0.60 | 9.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 26 | T | 2.70 | 1.00 | 5.30 | - | 0.50 | - | - | - | - | |
| 27 | m | 4.00 | 1.10 | 12.00 | 0.65 | - | - | - | - | - | |
| 27 | T | 5.60 | - | 8.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 28 | m | 3.00 | 1.15 | 21.00 | 0.30 | - | - | - | - | - | |
| 28 | T | 4.00 | - | 11.00 | 0.50 | - | - | - | - | - | |
| 29 | m | 5.30 | 2.10 | 10.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 29 | T | 6.10 | 2.10 | 11.20 | - | - | - | - | - | - | |
| 30 | T | 6.10 | 1.70 | 14.00 | - | - | - | - | - | - | |
| 31 | m | 3.60 | 0.80 | 16.10 | 0.65 | 0.70 | - | - | - | - | |
| TOTAL | | 177.2 | 38.95 | 616.4 | 6.15 | 5.25 | 3 | 0.5 | 0 | 0 | |

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL PRINCIPAL DE**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI**
**NIT. 890.320.032-8**

## CERTIFICA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2.002, la CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI con Nit. 890.320.032-8, ha cumplido con la presentación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral correspondiente a los últimos seis (6) meses; en donde el ultimo pago corresponde al mes de julio de 2021, de acuerdo con los soportes contables suministrados y planillas de pago como se relaciona a continuación:

| Planilla No. | Mes | Empleados Aportados | Valor del pago |
|---|---|---|---|
| | | | COP$ |
| 9417236296 | feb-21 | 145 | 83.104.300 |
| 9418500060 | mar-21 | 146 | 84.463.900 |
| 9419646969 | abr-21 | 146 | 93.629.200 |
| 9420824479 | may-21 | 144 | 84.433.000 |
| 9422039072 | jun-21 | 145 | 84.433.000 |
| 9423197737 | jul-21 | 139 | 81.070.200 |

En constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, a los nueve (9) días del mes de agosto de 2021.

**MONICA HELLEN RIVERA GALINDEZ**
Revisor Fiscal Principal
T.P 104223-T
Miembro de Millán & Asociados S.A
T.R. 278

**No.18860**

Clínica de Oftalmología de Cali S.A

## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
## SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Yo ANGELA LILIAN BARONA MEDINA identificado con cedula de ciudadanía No 66.956.410 de CALI en calidad de Representante Legal de la empresa CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A, con NIT 890.320.032-8; certifico que actualmente nuestra organización se encuentra en la adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a la normatividad establecida por el Ministerio del Trabajo en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, "Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo" y en la Resolución No. 0312 de 2019, "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo".

Doy fe que a la fecha hemos evaluado y calificado los ítems - Tabla de Valores de los Estándares Mínimos contenidos en el Artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019 de acuerdo con el número de trabajadores de nuestra organización, con un porcentaje de cumplimiento del **88.75** %.

La presente se firma a los 05 días del mes agosto del año 2021.

Atentamente,

**ANGELA LILIAN BARONA MEDINA**
Representante Legal

COPIA NO CONTROLADA



## INTRODUCCIÓN

En atención a la declaración de emergencia sanitaria con ocasión a la pandemia por el coronavirus (SARSCoV-2 COVID-19), la **CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A.** ha implementado lineamientos generales basados en la normatividad legal vigente y protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud -OMS- y el Gobierno Nacional con el fin de establecer las medidas de promoción y prevención necesarias para la reducción y mitigación de la exposición de los colaboradores pacientes, contratistas y público en general que frecuenta las instalaciones de la Clínica.

## OBJETIVO

Establecer lineamientos en cuanto a acciones generales de bioseguridad y limpieza para todos los colaboradores pacientes, contratistas y público en general de la **CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A.** durante el tiempo que nos encontremos en contexto de la Pandemia del SARSCoV-2 (COVID-19), tomando las medidas de promoción y prevención necesarias para la reducción y mitigación del virus.

## ALCANCE

Aplica para todos los colaboradores y contratistas de la **CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A.** que desempeñen labores en nuestra institución.

## RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad todos los colaboradores y terceros aplicar las recomendaciones descritas en el presente documento para una adecuada prestación del servicio además deberán reportar cualquier incumplimiento, anormalidad o caso que requiera especial atención.

## 1. MEDIDAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

**LA CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A.** Como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) encierra un potencial riesgo biológico en áreas de mayor riesgo de contaminación e infección como salas de cirugía, consulta externa y diagnósticos. Esto hace que las diferentes áreas de esta institución desarrollen protocolos tendientes a proteger la salud de sus colaboradores mediante el establecimiento de las normas de bioseguridad.

Todo el personal sin excepción debe tener en cuenta y poner en práctica las siguientes pautas generales y las asignadas según la tarea:

- Deberá pasar por el punto de control de síntomas en la entrada principal o en el punto de ingreso que la Clínica determine para tal fin.
- Siempre deberá realizar fricción de manos con solución a base de alcohol al ingreso de la institución, tal como lo indica el personal que se encuentra en el punto de control y durante el resto de la jornada podrá usar los dispensadores que se encuentran en las oficinas y pasillos.
- El personal administrativo deberá realizar lavado de manos con agua y jabón como minino cada 1.5 horas durante la jornada laboral. En el caso de los colaboradores asistenciales se deberá realizar la higiene de manos de acuerdo con los 5 momentos determinados por la OMS.
- Como único accesorio se permite solo el uso de aretes tipo topito o candongas pequeñas. Se excluye es uso de cadenas, pulseras, cadenas, relojes o anillos.
- Debe usar de manera obligatoria los EPP asignados y solo podrán retirarlos para el consumo de alimentos y al retirase de la Institución.
- Tener sólo los implementos básicos de trabajo en mesas y escritorios para facilitar el aseo y el orden de su puesto de trabajo.
- El uso de guantes esta recomendado para el personal que realice manipulación del paciente o ejecute los procedimientos de limpieza y desinfección.
- No realizar aplicación de alcohol glicerinado mientras se tengan los guantes puesto.
- Realizar desinfección constante de elementos de trabajo que son de continua manipulación como teclados, mouse, teléfonos, diademas, entre otros.
- Las mujeres deben llevar el cabello recogido en su totalidad para evitar al máximo su manipulación y contaminación.
- Evitar tocarse el cabello, la nariz, los ojos y la boca con las manos sin realizar previa higiene.
- Evitar compartir alimentos o fómites con los compañeros de trabajo.

- El personal deberá llevar las uñas limpias, cortas y sin esmalte. No utilizar uñas artificiales.
- Al terminar la jornada laboral debe desechar los elementos de protección personal de un solo uso en lo canecas rojas asignadas en cada área.
- Desinfectar las monogafas o caretas si le fueron asignadas.
- Desinfectar elementos personales como celular, gafas, llaves y carnet al ingresar y al salir de su sitio de trabajo.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes de salir de la institución.
- Se debe usar zapatos totalmente cerrados.
- Evite compartir artículos de uso personal (lapiceros, teléfonos, utensilios de cocina, etc.).
- Al salir a tomar el almuerzo o refrigerios, recuerde mantener al menos 2 metros de distancia entre persona y persona.
- No compartir elementos de protección recuerde que son de uso personal.
- Los EPP no desechables deberán ser lavados antes de ser almacenados en un área limpia y seca.
- Si en algún momento el elemento de protección personal está roto o dañado, deberá informar inmediatamente al área de seguridad y salud en el trabajo o al jefe directo para hacer la reposición de este.
- De ser necesario realizar reuniones, capacitaciones o cualquier tipo de evento deberá garantizar el distanciamiento físico de entre las personas. Para esto están dispuestos los auditorios y las salas de reuniones que deberá seleccionar de acuerdo con la siguiente tabla:

| ESPACIO | ORGANIZACIÓN | OCUPANTES |
|---|---|---|
| Auditorio Alejandro de la torre | Con mesas | 18 |
| | En auditorio | 35 |
| Sala de juntas | NA | 5 |
| Sala de reuniones UCR | NA | 4 |
| Auditorio UCR | Con mesas | 9 |
| | En auditorio | 12 |

- Deberá procurar por las reuniones o capacitaciones virtuales realizando uso de diferentes herramientas como Microsoft Teams o Zoom.
- El personal asistencial deberá realizar uso de los casilleros asignados para guardar objetos personales mientras que los colaboradores administrativos deberán guardarlos en los cajones de sus escritorios de tal manera que no queden sobre superficies de contacto.
- Reporte oportunamente a su jefe inmediato los siguientes signos y síntomas:

1. Temperatura superior a 37.5°C
2. Tos
3. Malestar general
4. Dolor en el cuerpo
5. Carraspera en la garganta
6. Dolor abdominal
7. Dificultad en el olor y el sabor
8. Dificultad respiratoria

El reporte podrá realizarlo de manera verbal o por escrito a través del correo electrónico o del WhatsApp. El área de SST, coordinación de Servicios Ambulatorios o jefatura de Cirugia, evaluara el caso y brindaran las recomendaciones pertinentes.

**2. INGRESO A LA CLÍNICA**

Al ingresar a la Institución se encontrará un punto de control con personal que le realizará al colaborador una serie de preguntas con respecto a los signos y síntomas, así como también tomará la temperatura e indicará la realización de la fricción de manos. Estos datos deberán quedar registrados en el formato “Seguimiento de Síntomas de COVID-19”.

Se restringe el ingreso de todos los colaboradores que presenten las siguientes condiciones:

- Sintomatología asociada al virus como tos, malestar general, dolor en el cuerpo, carraspera en la garganta, dolor abdominal, dificultad en el olor y el sabor, dificultad respiratoria.
- Si presenta temperatura superior a 37.5°C.
- Si ha tenido contacto con personas positivas para COVID -19, y no ha sido evaluado previamente por su entidad de salud.
- En caso de no tener puesta la mascarilla convencional.
- Sin realizar fricción de manos con solución a base de alcohol.

**3. HIGIENE DE MANOS**

Se deberá realizar higiene y/o lavado de manos de acuerdo con el protocolo establecido por la Institución:

- Consultar documento: NGCL-002 Higiene de Manos para la Atención en Salud

## 4. DISTANCIAMIENTO SOCIAL O FÍSICO

- Es obligatorio conservar el distanciamiento social mínimo de 2 metros entre todos los ocupantes de las instalaciones de la Clínica.
- Evite saludar de mano o beso, para disminuir el riesgo de transmisibilidad del virus.
- Procurar realizar uso de los pasillos internos para evitar el contacto con personas externas a la operación de la clínica.
- El uso del ascensor está restringido para uso individual, podrá ser ocupado por dos personas siempre y cuando el segundo ocupante sea el acompañante del paciente. Es recomendable el uso de las escaleras mientras no existan limitaciones físicas para su uso.

## 5. ALTERNATIVAS DE INTERACCIÓN EN HORARIOS DE ALIMENTACIÓN:

Como medida de prevención la institución implementará:

Los colaboradores administrativos deberán tomar sus alimentos en el puesto de trabajo o en las mesas de la terraza. Si en un área de trabajo hay dos (2) personas o más y la ubicación de sus puestos de trabajo no les permite conservar el distanciamiento de 2 metros., deben alternar sus horarios de trabajo, de tal forma que se dé cumplimiento a este requisito.

Respecto al horario del personal asistencial de la Clínica, este se coordinadora de acuerdo con la demanda de los servicios, teniendo en cuenta que estos se alternaran y se atenderá un menor número de pacientes simultáneamente, lo cual conllevara a una modificación en los horarios de atención.

Durante el tiempo de almuerzo también es importante cumplir con las siguientes normas de seguridad:

- Respetar el horario que le ha sido asignado para el almuerzo, pues se debe garantizar que no se genere aglomeración y se respete el distanciamiento.
- Si va a calentar la comida en el horno microondas, debe realizar fricción de manos al iniciar el proceso y al finalizar el mismo.
- Lavar las manos con agua y jabón antes y después de retirarse el tapabocas.
- Las mesas de la terraza estarán dispuestas de acuerdo con los lineamentos de la copropiedad donde solo se podrá sentar una persona en la mesa.
- No compartir los utensilios de comida con los compañeros de trabajo.
- Antes de iniciar y al finalizar el consumo de los alimentos se debe realizar el lavado de manos con agua y jabón y utilizar nuevamente la mascarilla convencional para retomar labores.

## 6. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

**MASCARILLA CONVENCIONAL Y/O QUIRUGICA**



Tiene como finalidad evitar el contacto con la mucosa nasal y oral de salpicaduras por fluidos y/o sangre. Además, actúa como barrera de protección frente a la emisión de fluidos bucales por parte del personal de atención en salud.

**COLOCACIÓN**

Asegúrese los cordones o la banda elástica en la mitad de la cabeza y en el cuello. Si es de elástico, ajústelas detrás del pabellón auricular. Ajústese la banda flexible en el puente de la nariz. Acomódesela en la cara y por debajo del mentón. Verifique el ajuste de la mascarilla.

**MANTENIMIENTO O LIMPIEZA (SI APLICA)**

No aplica.

**CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO**

Almacenar en un lugar limpio, fresco y libre de contaminación. No almacenar cerca de fuentes de calor ni de olor.

**ELIMINACIÓN O DISPOSICIÓN FINAL**

Descarte en el contendor para residuos biológicos.

**REPOSICIÓN**

Reponga la mascarilla si se humedece, es salpicada con fluidos corporales o es difícil respirar mientras la tiene puesta.

**INDICACIONES DE USO: ÁREAS O SERVICIOS - PROCEDIMIENTOS**

De uso permanente, en atencion de pacientes y en procedimientos que no generen aerosoles.

**REVISIÓN PREVIA A SU USO**

Revisar daño de cintas elásticas, en costuras de bordes o perforación de la mascarilla.

**PARTE DEL CUERPO QUE PROTEGE**

Nariz y boca.

**RETIRO**

¡La parte delantera de la mascarilla está contaminada! Si la mascarilla es de cordones, desátelos o rásguelos, y tomándola por los cordones, descártela. Si es de elástico, sujétela por uno de ellos, quítela del rostro y descártela.

**USO EXTENDIDO O REUTILIZACIÓN (SI APLICA)**

No aplica.

## CARETA DE PROTECCIÓN O MONOGAFAS



### COLOCACIÓN

Colóquesela sobre la cara y los ojos, y ajústela.

### MANTENIMIENTO O LIMPIEZA (SI APLICA)

Seguir las indicaciones de fabricante. Si es desechable, no aplica. Cuando las instrucciones del fabricante para la limpieza y desinfección no estén disponibles, considere:
Limpie cuidadosamente el interior, seguido del exterior del protector facial o las gafas protectoras con un paño limpio saturado con alcohol al 70% o lávela con agua y jabón y seque completamente al aire o use toallas absorbentes limpias. Realice lavado de manos posterior a esta limpieza.

### CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Es importante que el elemento sea almacenado correctamente, puede ser en una bolsa o caja protectora. Deben ser almacenados en un lugar fresco y seco, lejos de la luz solar directa y químicos corrosivos.

### ELIMINACIÓN O DISPOSICIÓN FINAL

Si es desechable, disponer en un contenedor para residuos biológicos con tapa.

Elemento fabricado para proteger la mucosa ocular de salpicaduras de agua, saliva o sangre del paciente.

### REPOSICIÓN

La protección ocular debe descartarse si está dañada (por ejemplo, si ya no pueden abrocharse de manera segura, si la visibilidad se oscurece y el reprocesamiento no restablece la visibilidad). El usuario debe inspeccionar visualmente el producto antes de usarlo y, si existen dudas (como materiales degradados), solicitar reposición del EPP.

### INDICACIONES DE USO: ÁREAS O SERVICIOS - PROCEDIMIENTOS

Aislamiento por gotas, procedimientos generadores de aerosoles y actividades donde no se logre mantener el distanciamiento social de 2 metros.

### REVISIÓN PREVIA A SU USO

Verificar las condiciones de uso.
Verificar roturas del lente o rayones de la parte frontal y la integridad del elástico de ajuste.

### PARTE DEL CUERPO QUE PROTEGE

Protege la mucosa ocular del usuario.

### RETIRO

¡El exterior de las monogafas o careta está contaminado! Para quitárselas, tómelas por la parte de la banda de la cabeza o de las piezas de las orejas.

### USO EXTENDIDO O REUTILIZACIÓN (SI APLICA)

No aplica.

# MASCARILLA N95



## COLOCACIÓN

1. Coloque el respirador cubriendo su boca y nariz.
2. Asegúrese que el clip metálico quede arriba.
3. Lleve la banda superior sobre su cabeza hasta apoyarla en la corona de la cabeza sobre sus orejas.
4. Lleve la banda inferior sobre su cabeza hasta apoyarla por debajo de sus orejas.
5. Utilizando los dedos índice y medio de ambas manos, empezando por la parte superior, moldee el clip metálico alrededor de la nariz para lograr un ajuste seguro.
6. Prueba de ajuste: coloque ambas manos sobre el respirador e inhale con fuerza. El respirador deberá hundirse levemente. Si entra aire por los bordes del respirador, colóqueselo nuevamente y reajuste el clip metálico hasta lograr un ajuste seguro. Si no logra un ajuste correcto, no ingrese en el área contaminada.

## MANTENIMIENTO O LIMPIEZA (SI APLICA)

No aplica.

## CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Debe almacenarse en sitios frescos, secos y limpios. Evite la humedad. Antes de su uso, los respiradores deben mantenerse en su empaque original conservando las condiciones anteriormente sugeridas. Para asegurar la integridad del respirador, es importante que los trabajadores de la salud ubiquen los respiradores usados en un área de almacenamiento designada o los mantengan entre usos en un recipiente limpio y transpirable, como una bolsa de papel. No se recomienda modificar el respirador N95 colocando ningún material dentro del respirador o sobre el respirador. La modificación puede afectar negativamente el rendimiento del respirador y podría anular la aprobación de NIOSH.

La mascarilla filtrante N95 está certificada por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) de los Estados Unidos de América con una capacidad de filtrado del 95%. Las mascarillas con filtro de protección personal (FPP2), según la norma de la Unión Europea EN149, tienen una capacidad de filtrado del 92%.

## ELIMINACIÓN O DISPOSICIÓN FINAL

Disponer el respirador en el recipiente de desechos bilogicos y realizar higiene de manos.

## REPOSICIÓN

Reponga la mascarilla si se humedece, es salpicada con fluidos corporales o es difícil respirar mientras la tiene puesta.

## INDICACIONES DE USO: ÁREAS O SERVICIOS - PROCEDIMIENTOS

Verificar documento "Lineamientos para el uso correcto del Respirador desechable de careta filtrante (referencias: N-95 quirúrgico, N-95 estándar, FFP2)"

## REVISIÓN PREVIA A SU USO

En caso de encontrar perforaciones en el cuerpo de la mascarilla, elástico deteriorado o manchas en la parte interna, el usuario debe reportarlo y cambiarla inmediatamente.

## PARTE DEL CUERPO QUE PROTEGE

Nariz y boca.

## RETIRO

Verificar documento "Lineamientos para el uso correcto del Respirador desechable de careta filtrante (referencias: N-95 quirúrgico, N-95 estándar, FFP2)"

## USO EXTENDIDO O REUTILIZACIÓN (SI APLICA)

Verificar documento "Lineamientos para el uso correcto del Respirador desechable de careta filtrante (referencias: N-95 quirúrgico, N-95 estándar, FFP2)"

## BATA MANGA LARGA DESECHABLE



### COLOCACIÓN

Cubra con la bata todo el torso, desde el cuello hasta las rodillas, los brazos hasta la muñeca y dóblela alrededor de la espalda. Átela por detrás a la altura del cuello y la cintura.

### MANTENIMIENTO O LIMPIEZA (SI APLICA)

No aplica.

### CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO

En lugar fresco y seco.

### ELIMINACIÓN O DISPOSICIÓN FINAL

Dispóngalo en un contenedor para residuos biológicos con tapa.

### REPOSICIÓN

No aplica.

Resistencia a la penetración de fluidos corporales en condiciones de ambiente seco y húmedo. Manga larga con cierre en la parte posterior.

### INDICACIONES DE USO: ÁREAS O SERVICIOS - PROCEDIMIENTOS

Recomendación de uso en áreas y/o procedimientos en los cuales exista la posibilidad de contacto con fluidos corporales por salpicadura, aislamiento por contacto.

### REVISIÓN PREVIA A SU USO

Verificar costura, integridad del tejido de la tela, de los puños y cintas de amarre.

### PARTE DEL CUERPO QUE PROTEGE

Tórax, brazos y 1/4 superior de miembros inferiores.

### RETIRO

¡La parte delantera de la bata y las mangas están contaminadas! Desate los cordones o cintas de amarre tocando solamente el interior de la bata, pásela por encima del cuello y de los hombros. Voltee la bata al revés, dóblela o enróllela y deséchela.

### USO EXTENDIDO O REUTILIZACIÓN (SI APLICA)

No aplica.

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) EN EL CONTEXTO DE COVID-19**
**SEGÚN ESCENARIO, PERSONAL O PACIENTES OBJETIVO Y TIPO DE ACTIVIDAD**

Organización Mundial de la Salud

TOMADO Y ADAPTADO DE: WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 27 February 2020

| Escenario | Personal o pacientes objetivo | Actividad | Tipo de EPP |
|---|---|---|---|
| **PACIENTES AMBULATORIOS AMBULATORIOS** | | | |
| Consultorios y medios diagnosticos | Trabajadores de la salud | Examen físico de pacintes | Mascarilla quirurjica convencional |
| | | | Guantes al contacto con el paciente |
| | | | Protección ocular - Careta o gafas de protección |
| | | Acompañamiento en consulta sin contacto con paciente | EPP según precauciones estándar y evaluación del riesgo: careta - mascarilla quirugica |
| | | Desinfección de equipos y superficies | EPP según precauciones estándar y evaluación del riesgo: careta - mascarilla quirugica y guantes |
| | Pacientes | Cualquiera | Entregar mascarilla quirurgica convencional |
| Salas de espera | Pacientes y compañantes | Cualquiera | Entregar mascarilla quirurgica convencional al paciente. *Familiar o acompañante conserva mascarilla con la que llega a la COC |
| Cirugia | Anestesiologo | Bloqueo y anestesia (sedación endovenosa-general) | Respirador N-95 (reuso limitado) |
| | | | Careta de protección |
| | | | Bata manga larga |
| | | | Escafandra |
| | Cirujano, instrumentador, cirulante | * Admisión e ingreso de paciente<br>* Realizacion de cirugia - procedimeintos que no generan aerosoles | Careta de protección |
| | | | Precausiones estandar (EPP) |
| | | * Realizaciíon de cirugia - procedimeitos con generacion de aerosoles<br>* Atencion de pacientes referidos de otra IPS (hospitalizados) | Careta de protección |
| | | | Precausiones estandar (EPP) |
| | | | Escafandra |
| | | | Respirador N-95 |
| | | | Careta de protección |
| | Paciente | Estancia dentro del area quirujica | Mascarilla quirurjica convencional |
| | | | Colocación de plastico sobre cara antes de inicar bloqueo y manteniendo soporte respiratorios por canula |
| **SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD** | | | |
| Areas administrativas | Todo el personal, incluyendo trabajadores de la salud | Tareas administrativas que no implican contacto con pacinetes | Mascarilla quirurjica convencional |
| | | Tareas administrativas que implican contacto con pacinetes | Mascarilla quirurjica convencional |
| | | | Careta de protección (cuando no hayy barrera de vidrio) |
| Punto de entrada | Trabajadores de la salud | Examen preliminar que no implica contacto | Mascarilla quirurjica convencional |
| | | | Careta de protección |
| | Pacientes y compañantes | Cualquiera | Entregar mascarilla quirurgica convencional al paciente. *Familiar o acompañante conserva mascarilla con la que llega a la COC |
| Todas las areas | Servicios generales | Cualquiera | Zapatos cerrados |
| | | | Guantes de cacuho |
| | | | Careta de proteccion |
| | | | Mascarilla quirurjica convencional |

## 7. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Los procedimientos estándar de limpieza y desinfección establecidos por la clínica son apropiados para coronavirus en entornos de atención médica, incluidas las áreas de atención al paciente en las que se realizan procedimientos que generan aerosoles, con los productos que tengan actividad contra virus encapsulados como, peróxido de hidrógeno, amonios cuaternarios de quinta generación, entre otros. Estos procedimientos serán aplicados con una mayor frecuencia y serán verificados mediante pruebas de detección de ATP con luminómetro.

Se debe tener en cuenta que los desinfectantes deben ser usados de acuerdo con las recomendaciones del fabricante y utilizando los elementos de protección personal apropiados.

En los siguientes documentos encontrara las especificaciones para realizar de manera adecuada la limpieza y desinfección de los diferentes procesos.

- Consultar documento: IGAD-001 Instructivo de limpieza y desinfección del área de gestión documental
- Consultar documento: NQX-017 Limpieza y desinfección de salas y equipos
- Consultar documento: NCIR-025 Limpieza y desinfección de la sala de excimer laser
- Consultar documento: NCYD-016 Manejo, Limpieza y desinfección de equipo e instrumental en consultorios

En el caso de implementos como teclados, mouse, teléfonos, diademas, entre otros deberá seguir con los pasos descritos a continuación:

- Antes de comenzar las labores realizar una jornada de orden y aseo para que el escritorio tenga la menor cantidad de elementos en los cuales se pueda hospedar el virus COVID-19.
- Para desinfectar estos elementos usar con alcohol al 70%. Para ello debes humedecer una toalla

desechable con el producto y proceder a realizar la limpieza. Este procedimiento debes repetirlo en promedio unas 3 veces durante tu jornada de trabajo.

## 8. MANEJO DE RESIDUOS

Los residuos generados en la Clinica deberán manejarse de acuerdo con el plan establecido por la Institución:

- Consultar documento: DGAM-001 Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares

## 9. VIGILANCIA DE SALUD DE LOS COLABORADORES

### 9.1 COLABORADOR CON SIGNOS Y SÍNTOMAS

En caso de que un colaborador durante su jornada laboral presente síntomas asociados a COVID-19, tales como: fiebre >=37.5°c, tos, malestar general, dolor en el cuerpo, carraspera en la garganta, dolor abdominal, dificultad en el olor y el sabor, dificultad respiratoria deberá ser reportado al equipo médico de SSI. La línea de emergencia evaluará la pertinencia de una valoración presencial y/o el direccionamiento a través del Equipo de Epidemiología de Salud Pública conforme con los Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, este enlace está en cabeza del personal de SSI.

Una vez el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) la coordinación de Servicios Ambulatorios o la Jefatura de Cirugía, identifique síntomas respiratorios sin signos de Alarma relacionados o no con COVID-19, y conforme a los protocolos de la Institución contacte la línea Orientación Médica de SSI o las líneas de Salud Pública, y se decida por recomendación médica, trasladar al Colaborador a su domicilio (Lugar de Residencia habitual), este traslado deberá realizarse a cargo de la Clínica en las condiciones definidas en el numeral 10.1.3 de Circular Conjunta 001 del 11 de abril de 2020.

Sí el colaborador presenta síntomas respiratorios con signos de alarma (DISNEA o más de 3 días con fiebre) se debe trasladar a la IPS de la Red del Aseguramiento en Salud del colaborador (EPS/ARL/Otra) en los términos descritos en el numeral 10.1.3 de la Circular Conjunta 001 del 11 de abril de 2020, en dicho caso, este traslado está a cargo de SSI.

Estos colaboradores deberán permanecer en aislamiento preventivo, adoptando las medidas de prevención recomendadas como:

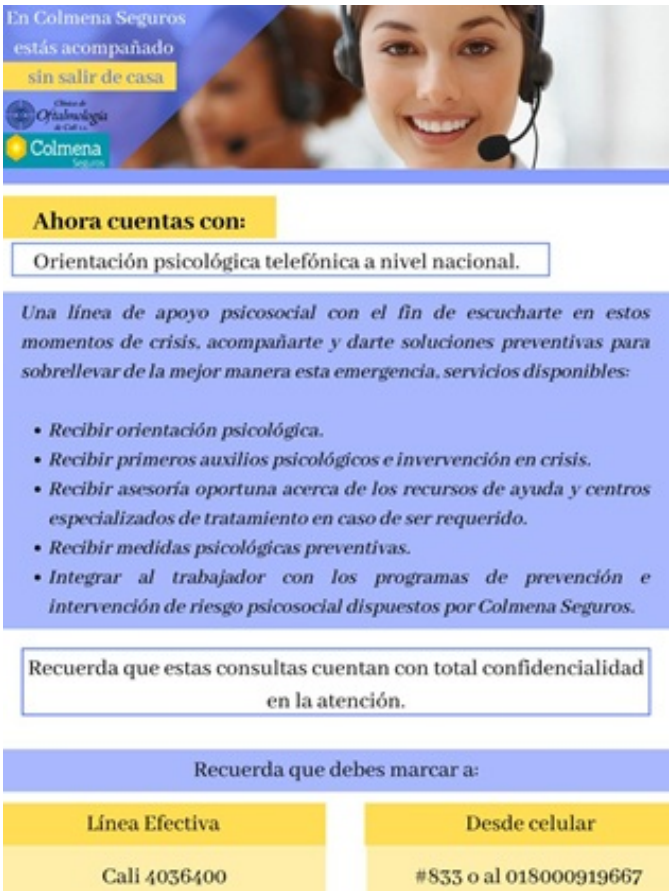
- Lavado de manos con agua y jabón cada 1.5 horas.
- Higiene respiratoria: uso de tapabocas, evitar tocarse ojos, nariz y boca, cubrirse la boca y la nariz al estornudar o al toser usando pañuelo desechable y de no tenerlo cubrirse con el codo flexionado.
- Distanciamiento Social para evitar contacto estrecho, manteniendo una distancia de 2 metros.
- Higiene de objetos de uso frecuente.

### 9.2 CASO CONFIRMADO DE COVID-19

En caso de que el colaborador sea un caso positivo de Covid-19, se deberán seguir los lineamientos descritos a continuación:

Una vez identificados los contactos previos, se procederá a informarle a las personas que hayan estado en contacto directo con el colaborador contagiado. Ellos deberán permanecer en aislamiento preventivo en primera instancia y luego adoptar las medias que la autoridad de salud determine. Mientras se está en proceso de evaluación por parte de la autoridad sanitaria, estos colaboradores no deben asistir a las instalaciones de la Clínica hasta obtener la confirmación del resultado del testeo y luego proceder conforme a lo que determine la autoridad de salud, o hasta que pasen 14 días de cuarentena. Es importante que cuando se informe de la situación a las personas con las que hubo contacto se mantenga la confidencialidad de la identidad de los casos confirmados.

Una vez que la prueba es confirmatoria positiva de COVID -19 en un colaborador, el área de SST y Gestión Humana deben estar informadas para dar acompañamiento y apoyo psicológico. Los colaboradores podrán hacer uso de la línea telefónica de salud mental 192 dispuesta por el Gobierno Nacional para el COVID-19 o podrán optar por la línea de Orientación psicología de ARL Colmena.




El colaborador no podrá asistir a laborar hasta que reciba atención médica y posterior alta médica. Debe seguir las indicaciones dadas por el Ministerio de Salud o por el organismo médico a cargo de su caso. Previo al reingreso a la institución de los gestores que tuvieron la prueba confirmatoria positiva de COVID -19, deben entregar al área de SST certificado de su estado de salud y la aprobación del médico tratante de su reintegro. En caso de tener alguna recomendación o restricción laboral el médico tratante deberá dejarlo por escrito en la historia clínica.

**NOTA:** En todos los casos el área de SST se realizará seguimiento a evolución del colaborador por medio de herramientas tecnológicas como teléfono fijo, teléfono celular, WhatsApp y correo electrónico, llevando un registro de la información. Para ello deberá llevar un registro utilizando el formato “Casos Sospechosos COVID-19”

## 10. ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL POR COVID-19

El siguiente protocolo es el que se encuentra definido por ARL Colmena para la determinación de origen de un accidente o enfermedad laboral:

### 10.1 CUANDO SE ESTABLECE UN CONTACTO ESTRECHO, CONOCIDO CLARAMENTE POR LA EMPRESA Y DE FORMA AGUDA:

Todos los casos con COVID-19 positivo y que sean trabajadores de sector salud, el origen debe ser calificado como laboral.

Únicos requisitos:

- Reporte de Accidente de Trabajo o Enfermedad Laboral - ATEL (trabajador sector salud, incluyendo administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios de prevención y atención de esta enfermedad)
- Confirmación de resultado COVID-19 positivo al colaborador (prueba PCR) molecular.
- Presencia de síntomas que configuren caso de enfermedad por COVID-19.

### 10.2 CUANDO NO SE ESTABLECE UN CONTACTO ESTRECHO, CONOCIDO CLARAMENTE POR LA EMPRESA Y SIN EXPOSICIÓN AGUDA:

Los siguientes son los documentos que la Empresa y el Colaborador deberán gestionar en caso de ser positivos por riesgo laboral sin exposición aguda.

**Documentos Obligatorios para la empresa**:

- Formato único de reporte de enfermedad laboral.
- Contrato actual de trabajo.

- Certificado de cargos y funciones en donde quede especificada la fecha de ingreso, cargos ocupados en vigencia con la empresa que incluya descripción de funciones y cargo actual con intensidad horaria
- Si el trabajador se encuentra en misión, certificar Orden de trabajo donde se detalle ciudad a la que es enviado, fechas de desplazamiento y tiempo que estará en esa ciudad, así como las labores a realizar y lugar de ejecución de dichas labores.

**Documentos Obligatorios para trabajador:**

- Historia clínica que soporte el diagnóstico de Coronavirus COVID-19, confirmado con exámenes paraclínicos.
- Autorización para consulta de historia clínica y notificación electrónica.
- Formato de actualización de datos del trabajador.

**11. PROMOCIÓN DEL USO DE CORONAPP**

Cada colaborador deberá instalar en su celular de la aplicación CORONAPP, y posteriormente deberán seguir el paso a paso indicado por la aplicación; en caso de no tener acceso a un dispositivo móvil, se debe reportar por medio de correo eléctrico o llamada al equipo de SST.

**12. CAPACITACIÓN**

Los procesos de capacitación y formación están dirigidos a los colaboradores directos e indirectos y se realizarán de manera virtual, de acuerdo con el plan de capacitación anual.

**13. MEDIAS DE PREVENCIÓN EN LA MOVILIZACIÓN**

- Para viajes cortos, considere caminar o usar bicicleta.
- El uso de tapabocas es obligatorio.
- Use los lavamanos u otros sistemas de limpieza disponibles para realizar higiene de manos.
- Mantenga el distanciamiento físico con otras personas.

**13.1 TRANSPORTE PUBLICO**

Si para asistir a laborar utiliza transporte público tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evite tocar pasamanos, sillas y demás elementos dentro del vehículo.
- Evite manipulación del celular, tocarse la cara y consumir alimentos durante el recorrido.
- En caso de que deba usar efectivo, pague con el valor exacto.
- Abra las ventanas, en lo posible, para favorecer la ventilación interna del vehículo.
- Lleve consigo una solución a base de alcohol para realizar higiene de manos.

**13.2 AUTOMOVIL**

- Mantener los documentos en regla.
- Solo se permiten dos ocupantes en el vehículo.
- Si viaja acompañado, ambas personas deberán hacer uso del tapabocas.
- Desinfecte las partes del vehículo con las que se tiene contacto frecuentemente como cinturón de seguridad, timón, freno de mano y palanca de cambios.
- Lleve consigo una solución a base de alcohol para realizar higiene de manos.

**13.3 BICICLETA O MOTO**

- Mantener los documentos en regla.
- Limpia y desinfecta manubrios, casco, gafas y demás elementos de protección.

**14. RECOMENDACIONES GENERALES AL LLEGAR A LA VIVIENDA**

- Retirar los zapatos y ropa en la entrada, depositando en una bolsa y llevando directo al lavado.
- No sacudir la ropa para evitar el riesgo de dispersión de virus a través del aire.
- Desinfecte los zapatos y déjelos en una zona apartada.
- Evitar saludar con beso, abrazo y dar la mano y buscar mantener siempre la distancia de 2 metros entre personas.
- Antes de tener contacto con los miembros de la familia, idealmente bañarse y cambiarse de ropa.
- Mantener separada la ropa de trabajo de otras prendas.

## Bibliografía

Diana María Rodríguez Araujo, M. M. (20 de 03 de 2020). *Minsalud.* Obtenido de LINEAMIENTOS PARA ABORDAR PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES EN: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG03.pdf

Francisco José Tafur Sacipa, J. R. (20 de 03 de 2020). *Ministerio de salud.* Obtenido de LINEAMIENTOS PARA PREVENCIÓN CONTROL Y REPORTE DE: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG04.pdf

Galvis, J. s. (13 de 04 de 2020). *Minsalud.* Obtenido de ORIENTACIONES PARA LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA VIVIENDA COMO MEDIDA PREVENTIVA Y: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPG16.pdf

Sandra Eugenia Gallegos M, L. G. (05 de 05 de 2020). *Minsalud.* Obtenido de ORIENTACIONES PARA LA RESTAURACIÓN GRADUAL DE LOS SERVICIOS DE: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS05.pdf

Sandra Milena Corredor Suarez, L. F. (07 de 04 de 2020). *Minsalud.* Obtenido de ORIENTACIONES PARA EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS20.pdf

| MODIFICÓ | REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|---|
| GERALDINE ORTEGA TEJADA<br>ANALISTA SST | ANA MILENA LOPEZ ARBOLEDA<br>JEFE DE CIRUGÍA | SERGIO ANDRES MARTINEZ CORREA<br>JEFE DE GESTIÓN HUMANA |

GERALDINE ORTEGA TEJADA @ 2021-08-09, 10:41:51

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A identificado(a) con NIT 8903200328 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA DE AHORROS No. 484674072 desde el 7 de Diciembre de 2004, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de Julio de 2021, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1445013**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 01 | 09:35 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 07 | 31 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 468177107e5377c0945abf478dc23a9cabd58b5e94ef1968384b2575b27805b624093c53cb795782dc42e8985200fc11**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 2015-1
**DOCUMENTO:** 14-358003-01

**PACIENTE:** TROCHEZ JIMENEZ NOAH
**ID:** RC 1108563699
**DIRECCIÓN:** KL 2 VIA LA REFORMA -CALI -
**TELEFONO:** 3116050207
**POLIZA:** 7772

**FECHA INGRESO:** 2021-07-01
**FECHA EGRESO:** 2021-07-01
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1445013

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|---|---|---|
| | | CC No. |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1445013-01 Prog: cayfac Usuario: adcajex8 YULY TATIANA VARGAS DUCON 2021-07-01 09:35:21 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/01 9:35:34 a. m.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1447123**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 07 | 09:30 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 06 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 3c49d9f934a93c8326f0448aaaf31864b1fd3a33bbd2960e3619a74aee06cacc21662c6319c2c2c11aa7c2b52fb566c4**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 246999-1
**DOCUMENTO:** 09-578899-01

**PACIENTE:** ENRIQUEZ DELGADO NELLY LUCIA
**ID:** CC 25262776
**DIRECCIÓN:** CRA 50 8F 50-CALI -
**TELEFONO:** 3113363115/4887542
**POLIZA:** 6174
**AUTORIZACION:** 6174

**FECHA INGRESO:** 2021-07-07
**FECHA EGRESO:** 2021-07-07
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 950250 | TERAPIA DE BAJA VISION-UND:NAR | 1.00 | 83,900.00 | | 83,900.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1447123

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 83,900.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 83,900.00 |

SON: OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL IVA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS,PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE.LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890.320.032-8

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|---|---|---|
| | | CC No. |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1447123-01 Prog: cayfac Usuario: duvfue01 DUVAN FUENTES MARTINEZ 2021-07-07 09:30:32 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/07 9:30:50 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1447957**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 08 | 13:44 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 07 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: d07861c5da316c505d720a05bf38f78cee4ab7de99e396fcf562c6fd02d5d7db2b5eb9e8024e7fd0b82e6d266dde4aef**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 217600-1
**DOCUMENTO:** 09-579025-01

**PACIENTE:** LEDEZMA IRIARTE ANA MILENA
**ID:** CC 34512273
**DIRECCIÓN:** CRA 29A N 26B-50-CALI -
**TELEFONO:** 3365806-3148744514
**POLIZA:** 6447

**FECHA INGRESO:** 2021-07-08
**FECHA EGRESO:** 2021-07-08
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 951902 | TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR-UND:NAR | 1.00 | 408,800.00 | | 408,800.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1447957

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 408,800.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 408,800.00 |

SON: CUATROCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1447957-01 Prog: cayfac Usuario: adcajstm MARTHA GUERRERO SANTACRUZ 2021-07-08 13:44:42 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/08 1:45:02 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1447977**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 08 | 14:17 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 07 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 366c41fa64c5e2d6ffdf17771ce83f26be333bdabcdd98d68ad93c3bb8f444ec96a4966de5b2337520f7cc9fcdacdc7a**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 231219-1
**DOCUMENTO:** 10-451002-01

**PACIENTE:** JARAMILLO PINEDA CLAUDIA
**ID:** CC 66730774
**DIRECCIÓN:** CALLE 54A 1A BIS 36-CALI -
**TELEFONO:** 3157801313
**POLIZA:** 6207
**AUTORIZACION:** 6207

**FECHA INGRESO:** 2021-07-08
**FECHA EGRESO:** 2021-07-08
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1447977

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Nit Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1447977-01 Prog: cayfac Usuario: diapil01 DIANA PILLIMUE HUILA 2021-07-08 14:17:35 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/08 2:17:57 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1448283**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 09 | 07:53 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 08 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 5aad4f910edf312470bfa4d271cfc28e0d48dffafecc4ddf125040a3678ffe533c43edabae950421eda11c7952dcf8a4**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 253911-1
**DOCUMENTO:** 10-451051-01

**PACIENTE:** DIAZ SABOGAL IRMA
**ID:** CC 29560883
**DIRECCIÓN:** CALLE 13D NO. 57-32 B 1 MAYO-CALI -
**TELEFONO:** 3187479053
**POLIZA:** 5701
**AUTORIZACION:** 5701

**FECHA INGRESO:** 2021-07-09
**FECHA EGRESO:** 2021-07-09
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1448283

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE.AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

NIT. Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1448283-01 Prog: cayfac Usuario: diapil01 DIANA PILLIMUE HUILA 2021-07-09 07:53:29 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/09 7:53:52 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1448307**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 09 | 08:31 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 08 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 0022d155a0442d32605287de210bad11335375c5c0c16be6b104e8f8421f68ca8a15f938b406daca7146314091856e66**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 139068-1
**DOCUMENTO:** 10-451056-01

**PACIENTE:** GIRALDO MAZUERA ANA ISABEL
**ID:** CC 24943487
**DIRECCIÓN:** CRA 44 NO. 9 A - 09 / LOS CAMBULOS-CALI -
**TELEFONO:** 5522316
**POLIZA:** 6080
**AUTORIZACION:** 6080

**FECHA INGRESO:** 2021-07-09
**FECHA EGRESO:** 2021-07-09
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1448307

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1448786**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 09 | 17:11 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 08 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 2a084f81bd456f8efa7beb45c25fef0055364329a8831a2fe4ac3ca875dd95a5c8c3a85e4510d06531035a2b0c440592**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 225945-1
**DOCUMENTO:** 14-358157-01

**PACIENTE:** PINEDA OCAMPO MARGARITA DEL CARMEN
**ID:** CC 31868098
**DIRECCIÓN:** CRA 29A - 1 NO 10B- 87 B/ COLS-CALI -
**TELEFONO:** 3164091003
**POLIZA:** 8721
**AUTORIZACION:** 6468

**FECHA INGRESO:** 2021-07-09
**FECHA EGRESO:** 2021-07-09
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1448786

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1448786-01 Progr. cayfac Usuario: adcajex8 YULY TATIANA VARGAS DUCON 2021-07-09 17:11:45 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/09 5:12:09 p. m.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1448840**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 10 | 08:15 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 09 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD
**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 0f4c9145faf93b09f55258209a9edba2df97a3fff1b43123f07e33c9b11ddcf62e0694dde621a970270576059e686a0b**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 213257-1
**DOCUMENTO:** 10-450522-01

**PACIENTE:** OSORIO ROSALBA
**ID:** CC 29655635
**DIRECCIÓN:** CALLE 25 35 40-CALI -
**TELEFONO:** 2719853
**POLIZA:** 5708
**AUTORIZACION:** 5708

**FECHA INGRESO:** 2021-07-01
**FECHA EGRESO:** 2021-07-01
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1448840

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1448840-01 Prog: cayfac Usuario: ingfer01 INGRID CAROLINA FERNANDEZ 2021-07-10 08:15:58 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/10 8:16:13 a. m.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1448909**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 10 | 11:26 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 09 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 7ec367b165264096b586645eb496eb905084f581ff62bbd5dbcbff78b72551b00d2ac0631993b2f0187be1c707e570af**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 236487-1
**DOCUMENTO:** 14-358171-01

**PACIENTE:** ANGULO RIOS DIONICIA DENICE
**ID:** CC 30270045
**DIRECCIÓN:** CRA 7N NRO 73-83-CALI -
**TELEFONO:** 3012644058
**POLIZA:** 6876
**AUTORIZACION:** 5687

**FECHA INGRESO:** 2021-07-10
**FECHA EGRESO:** 2021-07-10
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1448909

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1448909-01 Prog: cayfac Usuario: adcajex8 YULY TATIANA VARGAS DUCON 2021-07-10 11:26:45 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/10 11:27:01 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1449470**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 12 | 15:18 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 11 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 3a136bb84f92c1ca06816a0649dec0050c89a20f4e7f8283bc1d0a048c2bbb356a1a6302ca577a4b1e98ea8fecaec095**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 138398-1
**DOCUMENTO:** 09-579228-01

**PACIENTE:** MONTAÑO RENTERIA RAUL ANTONIO
**ID:** CC 2515577
**DIRECCIÓN:** CL 58 NO 2DN - 81 B/ALAMOS-CALI -
**TELEFONO:** 6644527
**POLIZA:** 5733
**AUTORIZACION:** 5733

**FECHA INGRESO:** 2021-07-12
**FECHA EGRESO:** 2021-07-12
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 952001 | BIOMETRÍA OCULAR-UND:NAR | 1.00 | 52,500.00 | | 52,500.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1449470

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 52,500.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 52,500.00 |

SON: CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1449470-01 Prog: cayfac Usuario: diapil01 DIANA PILLIMUE HUILA 2021-07-12 15:18:43 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/12 3:19:03 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1449472**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 12 | 15:19 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 11 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: aac82a9af556becc10d3f82b903e74cc24d51ecb2a417ec62768bba54717b751bd84ad780864254e5acf8685a970b0c7**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 138398-1
**DOCUMENTO:** 09-579227-01

**PACIENTE:** MONTAÑO RENTERIA RAUL ANTONIO
**ID:** CC 2515577
**DIRECCIÓN:** CL 58 NO 2DN - 81 B/ALAMOS-CALI -
**TELEFONO:** 6644527
**POLIZA:** 5732
**AUTORIZACION:** 5732

**FECHA INGRESO:** 2021-07-12
**FECHA EGRESO:** 2021-07-12
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 950610 | RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES-UND:NAR | 1.00 | 61,400.00 | | 61,400.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1449472

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 61,400.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 61,400.00 |

SON: SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1449472-01 Prog: cayfac Usuario: diapil01 DIANA PILLIMUE HUILA 2021-07-12 15:19:47 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/12 3:20:01 p. m.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1449583**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 12 | 16:31 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 11 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: e1dcf6bcd21fe0e7adeb660c7802110e84e86824636dba1fdf6f1795f9bd5faa15bbf54981a52be121ee531c86137291**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 182976-1
**DOCUMENTO:** 10-451282-01

**PACIENTE:** ARAUJO SANCHEZ SARAH
**ID:** CC 1193382539
**DIRECCIÓN:** CALLE 62 N. 2-28 AN -CALI -
**TELEFONO:** 3153853087
**POLIZA:** 1193382539

**FECHA INGRESO:** 2021-07-12
**FECHA EGRESO:** 2021-07-12
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890702 | CONSULTA PRIORITARIA 24 HORAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS-UN D:NAR | 1.00 | 35,300.00 | | 35,300.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1449583

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 35,300.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 35,300.00 |

SON: TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1449671**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 12 | 17:39 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 11 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 765761407ee4f40d9519ff800b3a9a45680e80e8987bbaa4e86950d1d516b12c0191557a15d542fddf3dec811c9d659f**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 728065-1
**DOCUMENTO:** 10-451299-01

**PACIENTE:** BOLAÑOS BOLAÑOS DORIS PIEDAD
**ID:** CC 34544662
**DIRECCIÓN:** CRA 79 # 9 -112 B/ CIUDAD CAPRI-CALI -
**TELEFONO:** 3192331608
**POLIZA:** 6653
**AUTORIZACION:** 6653

**FECHA INGRESO:** 2021-07-12
**FECHA EGRESO:** 2021-07-12
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1449671

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.33 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1450024**

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 13 | 13:56 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 12 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 5db63cae14c51cb3b140c7d60551fa7a403332b3a7b5fab234ebc217df36940ce7ff06dce6d27ff46620122e8a819ab4**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 240347-1
**DOCUMENTO:** 10-451347-01

**PACIENTE:** LOPEZ ZAPATA MARIA DEICY
**ID:** CC 31923617
**DIRECCIÓN:** CRA 12 # 58-44-CALI -
**TELEFONO:** 4325227
**POLIZA:** 5860
**AUTORIZACION:** 5860

**FECHA INGRESO:** 2021-07-13
**FECHA EGRESO:** 2021-07-13
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1450024

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|---|---|---|
| | | CC No. |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1450024-01 Prog: cayfac Usuario: ingfer01 INGRID CAROLINA FERNANDEZ 2021-07-13 13:56:42 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/13 1:56:59 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1450166**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 13 | 16:04 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 12 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: ffb742ed481523fe25765200b4af215be5e6789c66607d36dff92a4d9da9d68477518521ef4beb16529ac2e0aac89b15**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 82479-1
**DOCUMENTO:** 14-358227-01

**PACIENTE:** RODRIGUEZ ARTUNDUAGA ANA DOLORES
**ID:** CC 38443442
**DIRECCIÓN:** CALLE 66A # 1A 10 - 32-CALI -
**TELEFONO:** 4492256
**POLIZA:** 12850
**AUTORIZACION:** 6617

**FECHA INGRESO:** 2021-07-13
**FECHA EGRESO:** 2021-07-13
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1450166

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1450166-01 Cajero/Usuario: adcajex8 YULY TATIANA VARGAS DUCON 2021-07-13 16:04:44 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/13 4:05:00 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1450370**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 14 | 09:22 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 13 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 749ede9df3ea04991f979468e715e74ed862dc6e91bef4caae6507107fba1ae86b38e5b80181e05b118126be91fdca22**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 13583-1
**DOCUMENTO:** 10-451417-01

**PACIENTE:** BELALCAZAR DE ZUNIGA GLORIA NELLY
**ID:** CC 38443080
**DIRECCIÓN:** CLL 54 # 1 C 3 BIS 03-CALI -
**TELEFONO:** 3173184783
**POLIZA:** 6126
**AUTORIZACION:** 6126

**FECHA INGRESO:** 2021-07-14
**FECHA EGRESO:** 2021-07-14
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1450370

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1450370-01 Prog: cayfac Usuario: ingfer01 INGRID CAROLINA FERNANDEZ 2021-07-14 09:22:02 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/14 9:22:18 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1451622**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 16 | 09:47 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 15 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: f983ab6bba14fc040949bac23fac5276f8457c19a77bc03ff639537e9a1465257b0ecf84d98fd112a16293fc8f424cd0**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 138649-1
**DOCUMENTO:** 09-579515-01

**PACIENTE:** VERNAZA DE BORJA ROSMIRA
**ID:** CC 31279315
**DIRECCIÓN:** CALLE 12 NO.67-29-CALI -
**TELEFONO:** 3399037-3215353419
**POLIZA:** 6548
**AUTORIZACION:** 6548

**FECHA INGRESO:** 2021-07-16
**FECHA EGRESO:** 2021-07-16
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 950505 | ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO COMPUTARIZADO-UND :NAR | 1.00 | 95,000.00 | | 95,000.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1451622

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 95,000.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 95,000.00 |

SON: NOVENTA Y CINCO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1451622-01 Prog: cayfac Usuario: ingfer01 INGRID CAROLINA FERNANDEZ 2021-07-16 09:47:53 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/16 9:48:15 a. m.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1452352**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 19 | 08:46 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 18 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: dc8248a7b64a79b01d9d20a4bc4e91c00cb8e34a58f759cacf7606dc7989d5c46eb1c7713d7abe4d3a3c61c20bd5dd22**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 217600-1
**DOCUMENTO:** 10-451735-01

**PACIENTE:** LEDEZMA IRIARTE ANA MILENA
**ID:** CC 34512273
**DIRECCIÓN:** CRA 29A N 26B-50-CALI -
**TELEFONO:** 3365806-3148744514
**POLIZA:** 6449
**AUTORIZACION:** 6449

**FECHA INGRESO:** 2021-07-19
**FECHA EGRESO:** 2021-07-19
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1452352

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0,00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1452352-01 Prog: cayfac Usuario: diapil01 DIANA PILLIMUE HUILA 2021-07-19 08:46:42 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/19 8:47:11 a. m.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1452390**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 19 | 09:43 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 18 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 6e6afe894bbc4c86b7aac2aa59c73d16749b96d96ad798fccb713583ef81d07b510b1ede938bb8c26c5b22281febfcf0**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 139068-1
**DOCUMENTO:** 09-579617-01

**PACIENTE:** GIRALDO MAZUERA ANA ISABEL
**ID:** CC 24943487
**DIRECCIÓN:** CARRERA 44 # 9 A - 09 BARRIO LOS CAMBUL-CALI -
**TELEFONO:** 5522316-3206892551
**POLIZA:** 6814
**AUTORIZACION:** 6814

**FECHA INGRESO:** 2021-07-19
**FECHA EGRESO:** 2021-07-19
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 952001 | BIOMETRÍA OCULAR-UND:NAR | 1.00 | 52,500.00 | | 52,500.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1452390

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 52,500.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 52,500.00 |

SON: CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

Clínica de Oftalmología de Cali S.A NIT: 890.320.032-8

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1452390-01 Prog: cayfac Usuario: ingfer01 INGRID CAROLINA FERNANDEZ 2021-07-19 09:43:11 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/19 9:43:29 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1452393**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 19 | 09:46 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 18 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 39e959f32ccfc4f989d4a1d72f3dfe2656148a9980378c8dc65bdb4f73c5a2a961573bdb28207c32e769b6a2a1ba53a5**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 139068-1
**DOCUMENTO:** 09-579618-01

**PACIENTE:** GIRALDO MAZUERA ANA ISABEL
**ID:** CC 24943487
**DIRECCIÓN:** CARRERA 44 # 9 A - 09 BARRIO LOS CAMBUL-CALI -
**TELEFONO:** 5522316-3206892551
**POLIZA:** 6815
**AUTORIZACION:** 6815

**FECHA INGRESO:** 2021-07-19
**FECHA EGRESO:** 2021-07-19
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 950610 | RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES-UND:NAR | 1.00 | 61,400.00 | | 61,400.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1452393

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 61,400.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 61,400.00 |

SON: SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1452598**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 19 | 13:45 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 18 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 53c436d0a7eec44c04536e618cab7f7ba7cc3f1819f02402338154348c8d63bb9eeea2c5acd3d3f4f1bc00fe0534da42**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 213928-1
**DOCUMENTO:** 10-450539-01

**PACIENTE:** ROMERO DE COGOLLO ALCIRA
**ID:** CC 33129956
**DIRECCIÓN:** CLL 48 NO 3 NORTE C N 48-CALI -
**TELEFONO:** 6646210-316340493
**POLIZA:** 5826
**AUTORIZACION:** 5826

**FECHA INGRESO:** 2021-07-01
**FECHA EGRESO:** 2021-07-01
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1452598

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|---|---|---|
| | | CC No. |

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1452631**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 19 | 14:31 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 18 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 8e575f9b756875346d6b89459aa09e1dbad373cda1652fb895c23c02e90d13b8c3e52481cc7619c39a4de94f04c12c96**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 236487-1
**DOCUMENTO:** 09-579657-01

**PACIENTE:** ANGULO RIOS DIONICIA DENICE
**ID:** CC 30270045
**DIRECCIÓN:** CRA 7N NRO 73-83-CALI -
**TELEFONO:** 3012644058
**POLIZA:** 6504
**AUTORIZACION:** 6504

**FECHA INGRESO:** 2021-07-19
**FECHA EGRESO:** 2021-07-19
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 952001 | BIOMETRÍA OCULAR-UND:NAR | 1.00 | 52,500.00 | | 52,500.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1452631

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 52,500.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 52,500.00 |

SON: CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A
NIT 890.320.032-8
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1452633**

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 19 | 14:33 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 18 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: b4640ef83be6f18b03c604e0c7dec7618fc4fe2e0b5bcda18b417e138a015b3c3c7f4a222c79cd4253f79043fe5619ff**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 236487-1
**DOCUMENTO:** 09-579656-01

**PACIENTE:** ANGULO RIOS DIONICIA DENICE
**ID:** CC 30270045
**DIRECCIÓN:** CRA 7N NRO 73-83-CALI -
**TELEFONO:** 3012644058
**POLIZA:** 6505
**AUTORIZACION:** 6505

**FECHA INGRESO:** 2021-07-19
**FECHA EGRESO:** 2021-07-19
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 950610 | RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES-UND:NAR | 1.00 | 61,400.00 | | 61,400.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1452633

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 61,400.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 61,400.00 |

SON: SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1452633-01 Prog: cayfac Usuario: ingfer01 INGRID CAROLINA FERNANDEZ 2021-07-19 14:33:19 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/19 2:33:36 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1453672**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 22 | 10:57 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 21 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: db28f87d93dc58ee3abcf93a986eb82f305476d4aaafbbc8477145cda451f584174a05f6ee04db453c7fb3e4d265bd2f**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 138649-1
**DOCUMENTO:** 09-579792-01

**PACIENTE:** VERNAZA DE BORJA ROSMIRA
**ID:** CC 31279315
**DIRECCIÓN:** CALLE 12 NO.67-29-CALI -
**TELEFONO:** 3399037-3215353419
**POLIZA:** 6700
**AUTORIZACION:** 6700

**FECHA INGRESO:** 2021-07-22
**FECHA EGRESO:** 2021-07-22
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 951102 | FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO-UND:NAR | 1.00 | 33,300.00 | | 33,300.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1453672

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 33,300.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 33,300.00 |

SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|---|---|---|
| | NIT: 890.320.032-8 | CC No. |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1453672-01 Prog: cayfac Usuario: ingfer01 INGRID CAROLINA FERNANDEZ 2021-07-22 10:57:46 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0 Fecha validación DIAN: 2021/07/22 10:58:01 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1453783**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 22 | 12:35 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 21 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 8ed139d5cd18d1bd2bc4ecc8e15f0cc469b7fbb3db6551a1470e9243124cb88be16f8dee9301a312918177331d6b51d4**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 138649-1
**DOCUMENTO:** 10-451998-01

**PACIENTE:** VERNAZA DE BORJA ROSMIRA
**ID:** CC 31279315
**DIRECCIÓN:** CALLE 12 NO.67-29-CALI -
**TELEFONO:** 3399037-3215353419
**POLIZA:** 6553
**AUTORIZACION:** 6553

**FECHA INGRESO:** 2021-07-22
**FECHA EGRESO:** 2021-07-22
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1453783

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1453814**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 22 | 14:06 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 21 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 27dc13fabd6fc46108fd5bf4229c8d69b8e3e95df6396febe02d48da287dd06e0ed4f463a399342fe273b5c9775540e5**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 700093-1
**DOCUMENTO:** 10-452007-01

**PACIENTE:** TORRES BLANDON BRILLY LUCIANA
**ID:** CC 1111741878
**DIRECCIÓN:** cra 65 7 45 -CALI -
**TELEFONO:** 3147403179
**POLIZA:** 5824
**AUTORIZACION:** 5824

**FECHA INGRESO:** 2021-07-22
**FECHA EGRESO:** 2021-07-22
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1453814

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1454274**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 23 | 11:51 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 22 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 0bd3d0dbd2a95d61bf44e2dc2e99fb502c92d861ce5f576d9feaa5b5cc954219b71ed3565c4375d6c9c6d6fe21b2e202**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 690709-1
**DOCUMENTO:** 09-579863-01

**PACIENTE:** CORREA CARDONA GABRIEL DE JESUS
**ID:** CC 6184206
**DIRECCIÓN:** calle 23 15 a 19-BUGA -
**TELEFONO:** 3174787735
**POLIZA:** 7051
**AUTORIZACION:** 7051

**FECHA INGRESO:** 2021-07-23
**FECHA EGRESO:** 2021-07-23
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 950505 | ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO COMPUTARIZADO-UND :NAR | 1.00 | 95,000.00 | | 95,000.00 |
| 2 | 951902 | TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR-UND:NAR | 1.00 | 357,700.00 | | 357,700.00 |
| 3 | 952501 | PAQUIMETRÍA-UND:NAR | 1.00 | 86,975.00 | | 86,975.00 |

TOTAL LÍNEAS: 3

COD1454274

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 539,675.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 539,675.00 |

SON: QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|---|---|---|
| | | CC No. |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1454274-01 Prog: cayfac Usuario: adcajstm MARTHA GUERRERO SANTACRUZ 2021-07-23 11:51:02 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/23 11:51:22 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1454876**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 26 | 11:00 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 25 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: b3167427b88af7337fd78be421f6a114b74222c4a38f047b19e3515c48528ea6ef20f2726baa59661d38fa5a5a21dba3**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 213257-1
**DOCUMENTO:** 08-617020-01

**PACIENTE:** OSORIO ROSALBA
**ID:** CC 29655635
**DIRECCIÓN:** CALLE 25 35 40-CALI -
**TELEFONO:** 2719853
**POLIZA:** 6357
**AUTORIZACION:** 6357

**FECHA INGRESO:** 2021-07-26
**FECHA EGRESO:** 2021-07-26
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 88,400.00 | | 88,400.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1454876

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 88,400.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 88,400.00 |

SON: OCHENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE<br>CC No. |
|---|---|---|

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1454876-01 Prog: cayfac Usuario: duvfue01 DUVAN FUENTES MARTINEZ 2021-07-26 11:00:57 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/26 11:01:14 a. m.

Clínica de Oftalmología de Cali S.A
890320032-8

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1456226**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 28 | 16:05 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 27 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 378e4a42e476df4bd57a4a1cdcb706c993c61f84e01893982cb704a94a9115f6eb0857886197d671b0ac92bc51c1357d**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 657534-1
**DOCUMENTO:** 14-358457-01

**PACIENTE:** ZUÑIGA CARVAJAL YULI ANDREA
**ID:** CC 29114881
**DIRECCIÓN:** cra 47 sur 8c 94 -CALI -
**TELEFONO:** 5520890
**POLIZA:** 709
**AUTORIZACION:** 7365

**FECHA INGRESO:** 2021-07-28
**FECHA EGRESO:** 2021-07-28
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1456226

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1456226-01 Prog: cayfac Usuario: adcajex8 YULY TATIANA VARGAS DUCON 2021-07-28 16:05:57 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/28 4:06:13 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1456560**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 29 | 11:01 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 28 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 7ea01a2b944a6a700a45fef206860f88c926852f295b31d0ee1ca75c2631d6b7165a2fd4d91c7c5ddba15fef744b0969**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 103389-4
**DOCUMENTO:** 103389-4

**PACIENTE:** LOZADA DE ESCOBAR MARIA
**ID:** CC 38978684
**DIRECCIÓN:** CRA. 22B # 15A 68-CALI -
**TELEFONO:** 8816628-3003045288
**POLIZA:** 5727
**AUTORIZACION:** 5727

**FECHA INGRESO:** 2021-07-28 09:42:00
**FECHA EGRESO:** 2021-07-28 09:44:00
**TIP USUARIO:** OTRO
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 130003 | EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO-DERECHOS DE SALA-UND:NAR | 1.00 | 900,000.00 | | 900,000.00 |
| 2 | 130003 | EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO-HONORARIOS ANESTESIOLOGO-UND:NAR | 1.00 | 200,000.00 | | 200,000.00 |
| 3 | 130003 | EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO-HONORARIOS MEDICOS CIRUJANO-UND:NAR | 1.00 | 525,000.00 | | 525,000.00 |

TOTAL LÍNEAS: 3

COD1456560

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 1,625,000.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 1,625,000.00 |

SON: UN MILLON SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1456560-01 Prog: cfafac Usuario: dancas01 DANIEL DAVID CASTRO ORTIZ 2021-07-29 11:01:56 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/29 11:02:28 a. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1456756**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 29 | 14:37 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 28 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: e887274d049ba12740c3bcf71f801fe956bbf153ff2ffe34e0fb6522e79e1bd13cd6fa875c8a375f987276ab1a651aeb**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 47405-1
**DOCUMENTO:** 09-580245-01

**PACIENTE:** HERRERA RESTREPO BLANCA CECILIA
**ID:** CC 31241208
**DIRECCIÓN:** CRA 2 # 49-05-CALI -
**TELEFONO:** 3755709
**POLIZA:** 7211

**FECHA INGRESO:** 2021-07-29
**FECHA EGRESO:** 2021-07-29
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 951203 | ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO-UND:NAR | 1.00 | 120,050.00 | | 120,050.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1456756

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 120,050.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 120,050.00 |

SON: CIENTO VEINTE MIL CINCUENTA PESOS CON CERO CENTÁVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1456915**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 29 | 17:08 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 28 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: db43cb8b325774ed4e17f62457c1bb24a8efe24a1ccd11254ee79d421df8c5c8412d7e36acd7f23d76902482873e2b29**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 62702-1
**DOCUMENTO:** 08-617338-01

**PACIENTE:** CELIS THOLA STELLA
**ID:** CC 36160633
**DIRECCIÓN:** CRA 61 17A-29-CALI -
**TELEFONO:** 4882712
**POLIZA:** 6634
**AUTORIZACION:** 6634

**FECHA INGRESO:** 2021-07-29
**FECHA EGRESO:** 2021-07-29
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1456915

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

| ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|---|---|---|
| | | CC No. |

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1457364**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 07 | 30 | 14:48 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 08 | 29 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: a709f2c4289b28a2cb881d4ed19e86abbade52e0a9a535ab93dc5719ee0b63cf3d20bdba44f427438446e6ef556a10b9**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 61576-1
**DOCUMENTO:** 08-617405-01

**PACIENTE:** RODRIGUEZ NUNEZ BLANCA OLIVA
**ID:** CC 29987281
**DIRECCIÓN:** CRA 22 A OESTE NO 6-29-CALI -
**TELEFONO:** 5578676
**POLIZA:** 7096
**AUTORIZACION:** 7096

**FECHA INGRESO:** 2021-07-30
**FECHA EGRESO:** 2021-07-30
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1457364

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1457364-01 Prog: cayfac Usuario: diapil01 DIANA PILLIMUE HUILA 2021-07-30 14:48:14 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/07/30 2:48:29 p. m.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1458709**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 08 | 03 | 11:09 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 09 | 02 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 9497f2568b4186e9b33a3ecfb709fdbef2dbb851314e8cf410c7473411821099e4d196923b43c7b9d2fd1224b1c2cd2d**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 729654-1
**DOCUMENTO:** 08-617629-01

**PACIENTE:** PABON BOLAÑOS ARIEL EDUARDO
**ID:** CC 1010101214
**DIRECCIÓN:** kr 79 no 9 102-CALI -
**TELEFONO:** 3147889662
**POLIZA:** 7244
**AUTORIZACION:** 7244

**FECHA INGRESO:** 2021-08-03
**FECHA EGRESO:** 2021-08-03
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1458709

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**
**NIT 890.320.032-8**
CARRERA 47 SUR # 8C-94-CALI-Colombia
Teléfono: 5520890 AL 95 - Fax: 5520896
www.clinicadeofta.com - Email:



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.COD1458812**
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| 2021 | 08 | 03 | 12:17 |
| **FECHA VENCIMIENTO** | | | |
| 2021 | 09 | 02 | |

Autorizacion Numeracion: 18764011841959 del 2021-03-25 numeracion del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta**

**CUFE: 6cbae1cd7751e7ab6a89e9ace80bba7acff4e2004ac9b3cfb7110d96e5d698061cd1179ceb57721241106bc043e99deb**

**CLIENTE:** SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA
**NIT/ID:** 899999034-1
**DIRECCIÓN:** CL 52 2BIS 15-CALI
**TELÉFONO:** 4315800 E.22643
**CONSECUTIVO INTERNO:** 67608-1
**DOCUMENTO:** 08-617622-01

**PACIENTE:** VILLANUEVA DE MONTAÑO MERCEDES
**ID:** CC 31247031
**DIRECCIÓN:** CRA 30 95 47-CARTAGO -
**TELEFONO:** 2843630
**POLIZA:** 6626
**AUTORIZACION:** 6626

**FECHA INGRESO:** 2021-08-03
**FECHA EGRESO:** 2021-08-03
**Forma de Pago:** Crédito

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA-UND:NAR | 1.00 | 42,450.00 | | 42,450.00 |

TOTAL LÍNEAS: 1

COD1458812

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 42,450.00 |
| DESCUENTO | 0.00 |
| COP/MOD/REC | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| IMPOCONSUMO | 0.00 |
| ABONO | 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | 42,450.00 |

SON: CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICION GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1983 Y JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA VIGENTE AL RESPECTO ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO(ART.774 CODIGO DE COMERCIO)CONFORME A LA LEY 1231 DE 2008 ESTA FACTURA CAUSARA INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)

ELABORO | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1458812-01 Prog: cayfac Usuario: duvfue01 DUVAN FUENTES MARTINEZ 2021-08-03 12:17:08 s

Operador Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890321151-0

Fecha validación DIAN: 2021/08/03 12.17:33 p. m.