## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHlybrinez | LEIDY YOHANNA BRINEZ RODRIGUEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-073-000000 | SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL |
| Fecha y Hora Sistema: | 2021-04-16-7:10 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 6521 de fecha 2021-02-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 16121 | **Fecha Registro:** | 2021-04-16 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | | 36-02-00-073-000000 SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 5.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 5.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 5.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 900138815 | **Razon Social:** | UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA SOCIEDAD ANONIMA | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 07932041368 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Corriente | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | 93237494 | **Nombre:** | LEANDRO VERA ROJAS | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL TOLIMA |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIATICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de comisión:** | | **Numero:** | CO1.PCCNTR.2433599 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2021-04-16 |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO/RECURSO | 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 | | 5.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 5.000.000,00 | 0,00 | 5.000.000,00 | 5.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | PAGOS SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONAL:CO1.PCCNTR.2433599, CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y SUB-ESPECIALIZADA DE PEDIATRÍA, EXÁMENES ESPECIALIZADOS Y CIRUGÍA PROGRAMADA EN LA ESPECIALIDAD Y SUB |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-073-000000 | SENA REGIONAL TOLIMA-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-12-15 | 5.000.000,00 | 5.000.000,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL Y GERENTE DE LA**

**UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A**

**NIT: 900.138.815-4**

**CERTIFICA QUE**

La Sociedad a la fecha, se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes parafiscales, salud, pensiones, caja de compensación y riesgos Laborales.

La presente certificación se expide con destino al Interesado.

Dada en Ibagué, a los Seis días (06) días del mes de octubre de 2021.

**FRANCISCO JAVIER GUERRERO MOLINA**
Gerente UMIT

CUFE: 32a483a186e670f0c2c625dcb4511345ae1a47557827b44a3c3a1b2c8d20317be008a54435f4e7445b2aea10c0bb3837

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 43860

**Fecha:** 31/08/2021 19:14 **Fecha Vencimiento:** 30/09/2021 07:14:47p.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 06-Sena Proced. Qx Ped. **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** LUCAS GONZALEZ CHAUX **Identif:** TI 1104948357 **Edad:** 9 a 11 m 16 d **Num Hta:** 1104948357

**Télefono:** 3203236931-3166783240 **Carné:**
**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 24/08/2021 17:10 **Egreso:** 31/08/2021 19:14
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 282739

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 169003 | | INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA | 2,00 | 55.400,00 | 0,00 | 110.800,00 |
| 115306 | 3007 | SUTURA DE CÓRNEA - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2423 | | Derechos de sala soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 458.200,00 | 0,00 | 458.200,00 |
| 2423 | | Honorarios anestesiología soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 138.096,00 | 0,00 | 138.096,00 |
| 2423 | | Honorarios Cirugía soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 232.583,00 | 0,00 | 232.583,00 |
| 2423 | | Honorarios de Ayudantia soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 60.871,00 | 0,00 | 60.871,00 |
| 2423 | | Materiales de sutura y curación soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 129.314,00 | 0,00 | 129.314,00 |
| 115306 | 3007 | SUTURA DE CÓRNEA - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2423 | | Derechos de sala soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 229.100,00 | 0,00 | 229.100,00 |
| 2423 | | Honorarios anestesiología soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 103.572,00 | 0,00 | 103.572,00 |
| 2423 | | Honorarios Cirugía soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 174.437,00 | 0,00 | 174.437,00 |
| 2423 | | Honorarios de Ayudantia soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 45.653,00 | 0,00 | 45.653,00 |
| 2423 | | Materiales de sutura y curación soat - GRUPO QUIRURGICO 6 | 1,00 | 96.986,00 | 0,00 | 96.986,00 |
| 0003510 | 3007 | CATETER INTRAVENOSOS PERIFERICO 22 | 1,00 | 8.183,00 | 0,00 | 8.183,00 |
| AGUDLPPET70 | 3007 | COLECTOR DE FLUIDOS CORPORALES X 1000 | 1,00 | 24.308,00 | 0,00 | 24.308,00 |
| EEP00000001 | 3007 | ELECTRODO NEONAT- PEDIATR | 3,00 | 1.461,00 | 0,00 | 4.383,00 |
| MPD00000001 | 3007 | MASCARA OXIGENO PEDIATRICA | 1,00 | 10.220,00 | 0,00 | 10.220,00 |
| SNE00000010 | 3007 | SONDA NELATON No 10 | 1,00 | 2.771,00 | 0,00 | 2.771,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **1.829.477,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **1.829.477,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

EDINSON ALEJANDRO DIAZ ESPINOSA

FIRMA PACIENTE | HUELLA | RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: 0d57025cda0a753dc8ac060141be98e923fb71c334b289830faf875a612ec02f8757fcbb3eb344fa4c2405da255c59a1

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 43945

**Fecha:** 02/09/2021 8:08 **Fecha Vencimiento:** 02/10/2021 08:08:41a.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** JUAN MANUEL SUAREZ ORTIZ **Identif:** RC 1104947417 **Edad:** 10 a 5 m 17 d **Num Hta:** 1104947417

**Télefono:** 2789893 3165733923 **Carné:**
**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 02/09/2021 8:05 **Egreso:** 02/09/2021 8:08
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 282824

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890275 | 3292 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA | 1,00 | 110.000,00 | 0,00 | 110.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **110.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **110.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** CIENTO DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

ALEJANDRA ARCILA TAPIERO
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: cda0c11d19af66f5ddc7639cdd88732080df022337a0ab3f0c478018d03a7cadc72ad5001fee3c370af80e1409811f6d

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 44188

**Fecha:** 06/09/2021 9:14 **Fecha Vencimiento:** 06/10/2021 09:14:58a.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** SANTIAGO SANCHEZ PAREJA **Identif:** TI 1110468093 **Edad:** 15 a 7 m 8 d **Num Hta:** 1110468093

**Télefono:** 3116577358 **Carné:**
**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 06/09/2021 9:13 **Egreso:** 06/09/2021 9:14
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 283067

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | 3126 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | 1,00 | 110.000,00 | 0,00 | 110.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **110.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **110.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** CIENTO DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

LUISA FERNANDA ARIAS PINILLA
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: 170fd7333d3b5566c1ca8e8d621dfce5d5c318247af7942ecd0eab65e77ba3f2baa4957aff01a7f92dbfa7869cf667e1

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 44421

**Fecha:** 08/09/2021 10:42 **Fecha Vencimiento:** 08/10/2021 10:42:38a.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** JUAN MANUEL SUAREZ ORTIZ **Identif:** RC 1104947417 **Edad:** 10 a 5 m 23 d **Num Hta:** 1104947417

**Télefono:** 2789893 3165733923 **Carné:**
**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 08/09/2021 10:38 **Egreso:** 08/09/2021 10:42
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 283300

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890385 | 3293 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA | 1,00 | 110.000,00 | 0,00 | 110.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **110.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **110.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** CIENTO DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

ALEJANDRA ARCILA TAPIERO
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: dca50c243bc810c9540b952e4ba45fd55fd48a542590fc513a89dc63f74d23f6eb2def15c36e88cf762d881e6f712525

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 44931

**Fecha:** 13/09/2021 9:28 **Fecha Vencimiento:** 13/10/2021 09:28:49a.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** LUCAS GONZALEZ CHAUX **Identif:** TI 1104948357 **Edad:** 9 a 11 m 28 d **Num Hta:** 1104948357

**Télefono:** 3203236931-3166783240 **Carné:**
**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 13/09/2021 9:28 **Egreso:** 13/09/2021 9:28
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 283810

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | 3061 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | 1,00 | 110.000,00 | 0,00 | 110.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **110.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **110.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** CIENTO DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

LUISA FERNANDA ARIAS PINILLA
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: 61130a96bc9c8667e361605e5d67717d03cbb327556220df40a019f35a170b0909fb443691bf8f351c466ea10ba7e6b6
UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 45045

**Fecha:** 14/09/2021 14:49 **Fecha Vencimiento:** 14/10/2021 02:49:49p.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria

**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1

**Paciente:** JUAN SANTIAGO CORREDOR MANCIPE **Identif:** RC 1104952033 **Edad:** 7 a 11 m 21 d **Num Hta:** 1104952033

**Télefono:** 2600939-3013685185 **Carné:**

**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 14/09/2021 14:46 **Egreso:** 14/09/2021 14:49

**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 283924

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890383 | 3272 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | 1,00 | 90.000,00 | 0,00 | 90.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **90.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **90.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

**Saldo APB:** NOVENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

LUISA FERNANDA ARIAS PINILLA
RESPONSABLE FACTURACION

CUFE: 5c253605fe232a136fd7c28099c4bf308ed0a6c630072527ad38a4d8c253f7c5410886cde7248ea6717ead2e57b629c1

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 45555

**Fecha:** 21/09/2021 13:57 **Fecha Vencimiento:** 21/10/2021 01:57:13p.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** VALENTINA GOMEZ LOZADA **Identif:** RC 1197467488 **Edad:** 8 a 1 m 28 d **Num Hta:** 1197467488

**Télefono:** 3102717373-3005758919 **Carné:**
**Tipo de afil:** Cotizante/Afiliado **Ingreso :** 21/09/2021 13:52 **Egreso:** 21/09/2021 13:57
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 284435

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890283 | 2799 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | 1,00 | 90.000,00 | 0,00 | 90.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **90.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **90.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** NOVENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

ALEJANDRA ARCILA TAPIERO
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: 0c6bf1715ddb4cdf28c872e088c7801cd3b638c7cf7030d86dd86f4b32e05bda9533f22ccfd95854045bc1763cba09a8

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 46316

**Fecha:** 27/09/2021 16:49 **Fecha Vencimiento:** 27/10/2021 04:49:32p.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** KEVIN LOZADA RAMIREZ **Identif:** RC 1105473888 **Edad:** 7 a 9 m 9 d **Num Hta:** 1105473888

**Télefono:** 3143733297 **Carné:**
**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 27/09/2021 16:48 **Egreso:** 27/09/2021 16:49
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 285197

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890383 | 3256 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | 1,00 | 70.000,00 | 0,00 | 70.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **70.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **70.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** SETENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

LUISA FERNANDA ARIAS PINILLA
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A

CUFE: ac0714daa49614bde709c721531e8c3275cc0a8337659a2714f3b44a6abeb95bae34852e4e4b72d83a5faf835369cfd7

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.
NIT: 900.138.815-4
Calle 43 No.4 -26 Local 106 Tel 5160101
e-mail:gerencia@umit.com.co
Ibagué - Tolima
Actividad Económica No. 8610

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FECR 46317

**Fecha:** 27/09/2021 16:50 **Fecha Vencimiento:** 27/10/2021 04:50:29p.m. **Estado de Pago:** CREDITO **Atención:** Ambulatoria
**Administradora:** Sena **Contrato:** 02- Sena Atencion Sub Esp+Ped **Nit:** 899999034-1
**Paciente:** DYLAN LOZADA RAMIREZ **Identif:** RC 1105475379 **Edad:** 5 a 9 m 16 d **Num Hta:** 1105475379

**Télefono:** 3182987278-2612963 **Carné:**
**Tipo de afil:** Beneficiario **Ingreso :** 27/09/2021 16:49 **Egreso:** 27/09/2021 16:50
**Nivel afil:** BENEFICIARIO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 285198

| Código | Autorización | Servicio | Cantidad | Valor Unitario | Iva | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 890383 | 3259 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | 1,00 | 70.000,00 | 0,00 | 70.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Servicios** | **70.000,00** | **Comisiones** | 0,00 |
| **Copagos** | 0,00 | **Descuentos** | 0,00 |
| **C/Moderadora** | 0,00 | **Iva** | 0,00 |
| **Total Paciente** | 0,00 | **Saldo APB** | **70.000,00** |

**Valor Paciente:** CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Saldo APB:** SETENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
**Observaciones:**

FIRMA PACIENTE

HUELLA

LUISA FERNANDA ARIAS PINILLA
RESPONSABLE FACTURACION

Autoriza Numero de Facturacion 18763004096027 Fecha de Resolución 02-07-2020- Prefijo FECR - Numero Inicial 1- Numero Final 366444 - Vence el 02-07-2022
Vigencia 24 Meses
No Responsables de IVA
Impresa por UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A