



# Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: MHjarosero JHON ALEXANDER ROSERO RODRIGUEZ  
Unidad ó Subunidad: 36-02-00-076- SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL  
Ejecutora Solicitante: 000000  
Fecha y Hora Sistema: 2021-10-07-3:41 p. 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:                  | Con Obligacion                       |                               |                 | Tipo de Moneda:                                            | COP-Pesos               | Tasa de Cambio:  |                    | 0,00            |                                     |        |            |
| Valor Inicial:                                                                                             | 25.000.000,00                                           | Valor Total Operaciones: |                                      |                               | 10.000.000,00   | Valor Actual:                                              | 35.000.000,00           | Saldo x Obligar: |                    | 24.188.625,00   |                                     |        |            |
| 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                                                                                        |                                                         |                          |                                      |                               |                 |                                                            |                         |                  |                    |                 |                                     |        |            |
| Identificación:                                                                                            | 94386599                                                | Nombre:                  | FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE         |                               |                 | Cargo:                                                     | DIRECTOR REGIONAL VALLE |                  |                    |                 |                                     |        |            |
| CAJA MENOR                                                                                                 |                                                         |                          | VIATICOS                             |                               |                 | DOCUMENTO SOPORTE                                          |                         |                  |                    |                 |                                     |        |            |
| Identificación:                                                                                            |                                                         | 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                   | RECURSOS                             | 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                           | 2021-10-07      | 25.000.000,00                                              | 10.000.000,00           |                  |                    |                 |                                     |        |            |
|                                                                                                            |                                                         |                          |                                      |                               | Total:          | 25.000.000,00                                              | 10.000.000,00           | 35.000.000,00    | 24.188.625,00      |                 |                                     |        |            |

|         |                                                                                                                                                                                                      |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto: | SERVICIO MEDICO: PRESTAR LOS SERVICIOS INTEGRALES DE LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE OFTALMOLOGIA 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 | 4.641.225,00  | 0,00              | 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 | 17.000.000,00 | 10.829.850,00     | NINGUNO       |
| 36-02-00-076-000000              | SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL | 3-8                          | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2021-11-30 | 4.358.775,00  | 4.358.775,00      | NINGUNO       |

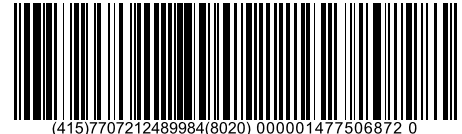
MARIA JULIA QUEJADA MOYA  
COORDINADORA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14775068720



(415)7707212489984(8020) 000001477506872 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 9 0 3 2 0 0 3 2

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

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**

**Composición del Capital**

| Documento                   | 1. Constitución   | 2. Reforma        |                                  |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------------|
| 71. Clase                   | 0 5               | 0 5               | 82. Nacional 1 0 0 %             |
| 72. Número                  | 3 9 6 4           | 1 9 9 9           | 83. Nacional público 0 . 0 %     |
| 73. Fecha                   | 1 9 8 1, 0 7, 0 9 | 2 0 0 8, 0 6, 1 2 | 84. Nacional privado 1 0 0 . 0 % |
| 74. Número de notaría       | 2                 | 6                 | 85. Extranjero 0 %               |
| 75. Entidad de registro     | 0 3               | 0 3               | 86. Extranjero público 0 . 0 %   |
| 76. Fecha de registro       | 1 9 8 1, 0 7, 2 1 | 2 0 0 8, 0 6, 2 0 | 87. Extranjero privado 0 . 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 0 8, 0 7, 0 9 | 2 0 0 8, 0 7, 0 9 |                                  |

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    |                   |                            |                                               | -      |
| 4    |                   |                            |                                               | -      |
| 5    |                   |                            |                                               | -      |

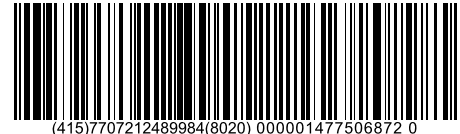
**Vinculación económica**

|                                                                         |                                                |                                                                                 |         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 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 |                                                |                                                                                 |         |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14775068720



(415)7707212489984(8020) 000001477506872 0

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

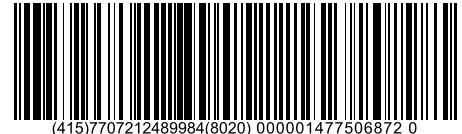
**Representación**

|   |                                                |                                      |                                                  |                                       |                                    |  |
|---|------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| 1 | 98. Representación<br>REPRS LEGAL PRIN         |                                      | 99. Fecha inicio ejercicio representación<br>1 8 |                                       | 2 0 2 0 1 0 2 7                    |  |
|   | 100. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadan   | 101. Número de identificación<br>1 3 | 102. DV                                          |                                       | 103. Número de tarjeta profesional |  |
|   | 104. Primer apellido<br>BARONA                 | 105. Segundo apellido<br>MEDINA      | 106. Primer nombre<br>ANGELA                     |                                       | 107. Otros nombres<br>LILIAN       |  |
|   | 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) |                                      | 109. DV                                          | 110. Razón social representante legal |                                    |  |
| 2 | 98. Representación<br>REPRS LEGAL SUPL         |                                      | 99. Fecha inicio ejercicio representación<br>1 9 |                                       | 2 0 1 9 0 2 2 6                    |  |
|   | 100. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadan   | 101. Número de identificación<br>1 3 | 102. DV                                          |                                       | 103. Número de tarjeta profesional |  |
|   | 104. Primer apellido<br>ORREGO                 | 105. Segundo apellido<br>GRAJALES    | 106. Primer nombre<br>JESSICA                    |                                       | 107. Otros nombres                 |  |
|   | 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 |                                    |  |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14775068720



(415)7707212489984(8020) 000001477506872 0

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

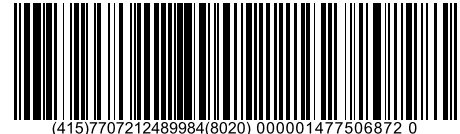
**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14775068720



(415)7707212489984(8020) 000001477506872 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**

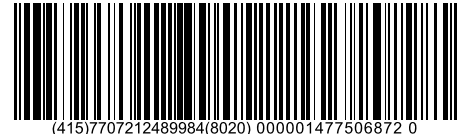
|   |                                               |                                                  |                                          |                               |       |
|---|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------|
| 1 | 111. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadana | 112. Número de identificación<br>1 6 2 7 2 4 0 0 | 113. DV<br>1 3                           | 114. Nacionalidad<br>COLOMBIA | 1 6 9 |
|   | 115. Primer apellido<br>STORINO               | 116. Segundo apellido<br>PALACIO                 | 117. Primer nombre<br>GEANCARLO          | 118. Otros nombres            |       |
|   | 119. Razón social                             |                                                  |                                          |                               |       |
|   | 120. Valor capital del socio                  | 121. % Participación                             | 122. Fecha de ingreso<br>2 0 2 1 0 3 2 5 | 123. Fecha de retiro          |       |
|   |                                               |                                                  |                                          |                               |       |
| 2 | 111. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadana | 112. Número de identificación<br>3 1 9 0 5 5 7 4 | 113. DV<br>1 3                           | 114. Nacionalidad<br>COLOMBIA | 1 6 9 |
|   | 115. Primer apellido<br>DOLMETSCH             | 116. Segundo apellido<br>CUEVAS                  | 117. Primer nombre<br>ANGELA             | 118. Otros nombres<br>MARIA   |       |
|   | 119. Razón social                             |                                                  |                                          |                               |       |
|   | 120. Valor capital del socio                  | 121. % Participación                             | 122. Fecha de ingreso<br>2 0 1 7 0 3 2 9 | 123. Fecha de retiro          |       |
|   |                                               |                                                  |                                          |                               |       |
| 3 | 111. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadana | 112. Número de identificación<br>1 4 9 6 3 9 5 6 | 113. DV<br>1 3                           | 114. Nacionalidad<br>COLOMBIA | 1 6 9 |
|   | 115. Primer apellido<br>MEDINA                | 116. Segundo apellido<br>TOVAR                   | 117. Primer nombre<br>JAIR               | 118. Otros nombres            |       |
|   | 119. Razón social                             |                                                  |                                          |                               |       |
|   | 120. Valor capital del socio                  | 121. % Participación                             | 122. Fecha de ingreso<br>2 0 2 0 0 3 1 9 | 123. Fecha de retiro          |       |
|   |                                               |                                                  |                                          |                               |       |
| 4 | 111. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadana | 112. Número de identificación<br>1 6 7 6 4 4 1 5 | 113. DV<br>1 3                           | 114. Nacionalidad<br>COLOMBIA | 1 6 9 |
|   | 115. Primer apellido<br>OCAMPO                | 116. Segundo apellido<br>DOMINGUEZ               | 117. Primer nombre<br>HUGO               | 118. Otros nombres<br>HERNAN  |       |
|   | 119. Razón social                             |                                                  |                                          |                               |       |
|   | 120. Valor capital del socio                  | 121. % Participación                             | 122. Fecha de ingreso<br>2 0 2 1 0 3 2 5 | 123. Fecha de retiro          |       |
|   |                                               |                                                  |                                          |                               |       |
| 5 | 111. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadana | 112. Número de identificación<br>1 6 6 5 4 3 8 9 | 113. DV<br>1 3                           | 114. Nacionalidad<br>COLOMBIA | 1 6 9 |
|   | 115. Primer apellido<br>CANO                  | 116. Segundo apellido<br>VARGAS                  | 117. Primer nombre<br>CARLOS             | 118. Otros nombres<br>EDUARDO |       |
|   | 119. Razón social                             |                                                  |                                          |                               |       |
|   | 120. Valor capital del socio                  | 121. % Participación                             | 122. Fecha de ingreso<br>2 0 1 8 0 3 2 1 | 123. Fecha de retiro          |       |
|   |                                               |                                                  |                                          |                               |       |

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

**14775068720**



(415)7707212489984(8020) 000001477506872 0

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

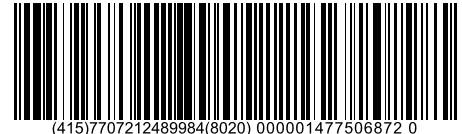
**Revisor Fiscal y Contador**

|                                 |                                                                            |                                                             |                                                                                                                      |                                                            |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Revisor fiscal principal</b> | 124. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía <b>1 3</b>                  | 125. Número de identificación<br><b>6 6 9 9 4 3 8 6</b>     | 126. DV                                                                                                              | 127. Número de tarjeta profesional<br><b>1 0 4 2 2 3 T</b> |
|                                 | 128. Primer apellido<br><b>RIVERA</b>                                      | 129. Segundo apellido<br><b>GALINDEZ</b>                    | 130. Primer nombre<br><b>MONICA</b>                                                                                  | 131. Otros nombres<br><b>HELLEN</b>                        |
|                                 | 132. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br><b>8 9 0 3 0 9 4 2 1</b> | 133. DV<br><b>5</b>                                         | 134. Sociedad o firma designada<br><b>GONZALO MILLAN C. &amp; ASOCIADOS AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS S.A.</b> |                                                            |
|                                 | 135. Fecha de nombramiento<br><b>2 0 2 1 0 4 2 0</b>                       |                                                             |                                                                                                                      |                                                            |
| <b>Revisor fiscal suplente</b>  | 136. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía <b>1 3</b>                  | 137. Número de identificación<br><b>4 1 9 3 6 0 3 3</b>     | 138. DV                                                                                                              | 139. Número de tarjeta profesional<br><b>6 9 7 5 3 T</b>   |
|                                 | 140. Primer apellido<br><b>DIAZ</b>                                        | 141. Segundo apellido<br><b>OSPINA</b>                      | 142. Primer nombre<br><b>ANGELA</b>                                                                                  | 143. Otros nombres<br><b>MARIA</b>                         |
|                                 | 144. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br><b>8 9 0 3 0 9 4 2 1</b> | 145. DV<br><b>5</b>                                         | 146. Sociedad o firma designada<br><b>GONZALO MILLAN C. &amp; ASOCIADOS AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS S.A.</b> |                                                            |
|                                 | 147. Fecha de nombramiento<br><b>2 0 2 1 0 4 2 0</b>                       |                                                             |                                                                                                                      |                                                            |
| <b>Contador</b>                 | 148. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía <b>1 3</b>                  | 149. Número de identificación<br><b>1 0 9 4 8 8 9 7 6 0</b> | 150. DV                                                                                                              | 151. Número de tarjeta profesional<br><b>1 6 4 5 5 8 T</b> |
|                                 | 152. Primer apellido<br><b>ORREGO</b>                                      | 153. Segundo apellido<br><b>GRAJALES</b>                    | 154. Primer nombre<br><b>JESSICA</b>                                                                                 | 155. Otros nombres                                         |
|                                 | 156. Número de Identificación Tributaria (NIT)                             | 157. DV                                                     | 158. Sociedad o firma designada                                                                                      |                                                            |
|                                 | 159. Fecha de nombramiento<br><b>2 0 1 8 0 1 0 1</b>                       |                                                             |                                                                                                                      |                                                            |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14775068720



(415)7707212489984(8020) 000001477506872 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 9 0 3 2 0 0 3 2

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

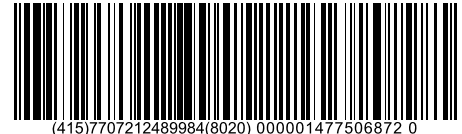
**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

|                                                                                          |                                                         |                                                                                |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 160. Tipo de establecimiento<br>Sede                                                     | 0 9                                                     | 161. Actividad económica<br>Actividades de la práctica médica, sin internación | 8 6 2 1 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI                       |                                                         |                                                                                |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                                                     | 7 6                                                     | 164. Ciudad/Municipio<br>Cali                                                  | 0 0 1   |
| 165. Dirección<br>CR 47 8 C 94                                                           |                                                         |                                                                                |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>9 4 4 6 3 - 2                                      | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>1 9 8 1 0 7 2 1 |                                                                                |         |
| 168. Teléfono<br>5 5 2 0 8 9 0                                                           | 169. Fecha de cierre                                    |                                                                                |         |
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci                               | 0 2                                                     | 161. Actividad económica<br>Actividades de la práctica médica, sin internación | 8 6 2 1 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. SEDE EL PRADO    |                                                         |                                                                                |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                                                     | 7 6                                                     | 164. Ciudad/Municipio<br>Cali                                                  | 0 0 1   |
| 165. Dirección<br>CR 23 TV 25 E 100                                                      |                                                         |                                                                                |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>5 3 4 8 3 0 - 2                                    | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 0 0 0 5 0 3 |                                                                                |         |
| 168. Teléfono<br>3 3 5 5 3 0 6                                                           | 169. Fecha de cierre                                    |                                                                                |         |
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci                               | 0 2                                                     | 161. Actividad económica<br>Actividades de la práctica médica, sin internación | 8 6 2 1 |
| 162. Nombre del establecimiento:<br>CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. SEDE CHIPICHAPE |                                                         |                                                                                |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                                                     | 7 6                                                     | 164. Ciudad/Municipio<br>Cali                                                  | 0 0 1   |
| 165. Dirección<br>CL 38 N 6 N 35                                                         |                                                         |                                                                                |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>5 5 6 0 5 9 - 2                                    | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 0 1 0 3 1 4 |                                                                                |         |
| 168. Teléfono<br>6 6 7 7 6 6 8                                                           | 169. Fecha de cierre<br>2 0 2 0 0 6 1 0                 |                                                                                |         |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14775068720



(415)7707212489984(8020) 000001477506872 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 9 0 3 2 0 0 3 2

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

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

|                                                                                                     |                                                                                |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci 0 2                                      | 161. Actividad económica<br>Actividades de la práctica médica, sin internación | 8 6 2 1 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A SEDE TULUA                   |                                                                                |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                                                                | 164. Ciudad/Municipio<br>Tuluá                                                 | 8 3 4   |
| 165. Dirección<br>CR 34 25 10                                                                       |                                                                                |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>5 7 9 4 6 2                                                   | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 0 7 0 6 2 1                        |         |
| 168. Teléfono<br>2 2 4 8 1 2 1                                                                      | 169. Fecha de cierre<br>2 0 2 0 0 6 0 4                                        |         |
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci 0 2                                      | 161. Actividad económica<br>Actividades de la práctica médica, sin internación | 8 6 2 1 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A SEDE SEBASTIAN DE BELALCAZAR |                                                                                |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                                                                | 164. Ciudad/Municipio<br>Cali                                                  | 0 0 1   |
| 165. Dirección<br>AV 4 N 7 53                                                                       |                                                                                |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>9 1 1 1 9 9                                                   | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 1 4 1 0 0 2                        |         |
| 168. Teléfono<br>6 6 0 6 8 0 9                                                                      | 169. Fecha de cierre<br>2 0 1 7 0 3 2 9                                        |         |
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci 0 2                                      | 161. Actividad económica<br>Actividades de la práctica médica, sin internación | 8 6 2 1 |
| 162. Nombre del establecimiento:<br>CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A SEDE PALMIRA                |                                                                                |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                                                                | 164. Ciudad/Municipio<br>Palmira                                               | 5 2 0   |
| 165. Dirección<br>CL 31 44 239 LC 216 217                                                           |                                                                                |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>1 1 2 8 5 7                                                   | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 1 6 0 1 2 6                        |         |
| 168. Teléfono<br>2 8 5 5 6 8 3                                                                      | 169. Fecha de cierre                                                           |         |



## COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS

### COMPROBANTE No\_0115100-2021

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 - 67189.

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS |                |               |                       |               |                          |                |
|-------------------------|----------------|---------------|-----------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| FECHA RECOLECCIÓN       | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO               | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 02/11/2021              | SPK 050        | Y1            | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,40          | INCINERACION             | 386302         |
| 11/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,70          | INCINERACION             | 387135         |
| 13/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 2,10          | INCINERACION             | 387422         |
| 23/11/2021              | SPK 050        | Y1            | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,65          | INCINERACION             | 388340         |
| 25/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 0,30          | INCINERACION             | 388547         |
| 27/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH ANATOMOPATOLOGICOS | 1,40          | INCINERACION             | 388728         |
| Total:                  |                |               |                       | 5,55          |                          |                |

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS |                |               |                  |               |                          |                |
|-------------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| FECHA RECOLECCIÓN       | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO          | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 02/11/2021              | SPK 050        | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 9,00          | ESTERILIZACIÓN           | 386302         |
| 04/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 92,40         | ESTERILIZACIÓN           | 386555         |
| 06/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 91,00         | ESTERILIZACIÓN           | 386750         |
| 09/11/2021              | WHV854         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 41,00         | ESTERILIZACIÓN           | 386904         |
| 11/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 73,30         | ESTERILIZACIÓN           | 387135         |

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



## COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS

**COMPROBANTE No\_0115100-2021**

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS |                |               |                  |               |                          |                |
|-------------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| FECHA RECOLECCIÓN       | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO          | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 13/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 91,00         | ESTERILIZACIÓN           | 387422         |
| 16/11/2021              | SPK 050        | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 3,00          | ESTERILIZACIÓN           | 387576         |
| 18/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 94,20         | ESTERILIZACIÓN           | 387825         |
| 20/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 96,40         | ESTERILIZACIÓN           | 388122         |
| 23/11/2021              | SPK 050        | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 50,80         | ESTERILIZACIÓN           | 388340         |
| 25/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 95,80         | ESTERILIZACIÓN           | 388547         |
| 27/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH BIOSANITARIOS | 93,70         | ESTERILIZACIÓN           | 388728         |
| <b>Total:</b>           |                |               |                  | <b>831,60</b> |                          |                |

| TRATAMIENTO DE RESIDUOS |                |               |                   |               |                          |                |
|-------------------------|----------------|---------------|-------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| FECHA RECOLECCIÓN       | PLACA VEHICULO | CLASIFICACIÓN | RESIDUO           | CANTIDAD (Kg) | TIPO DE MANEJO POSTERIOR | NO. MANIFIESTO |
| 02/11/2021              | SPK 050        | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 0,75          | INCINERACION             | 386302         |
| 04/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 2,50          | INCINERACION             | 386555         |
| 06/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 2,00          | INCINERACION             | 386750         |
| 09/11/2021              | WHV854         | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 0,10          | INCINERACION             | 386904         |
| 11/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 1,00          | INCINERACION             | 387135         |
| 20/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 2,60          | INCINERACION             | 388122         |
| 23/11/2021              | SPK 050        | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 0,85          | INCINERACION             | 388340         |
| 25/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 0,60          | INCINERACION             | 388547         |
| 27/11/2021              | WGR228         | Y1            | RH CORTOPUNZANTES | 0,20          | INCINERACION             | 388728         |
| <b>Total:</b>           |                |               |                   | <b>10,60</b>  |                          |                |



## COMPROBANTE DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS

### COMPROBANTE No\_0115100-2021

**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.

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| FACTURACIÓN MINIMA    | \$0           |
| KILOS MINIMOS         | 0             |
| RESIDUO               | TARIFA X KILO |
| RH BIOSANITARIOS      | \$1554        |
| RH ANATOMOPATOLOGICOS | \$1554        |
| RH CORTOPUNZANTES     | \$1554        |

Este certificado se firma a los 07 días del mes de Diciembre del 2021.

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



AÑO: 2021  
MES: Noviembre  
LUGAR: Clínica Oftalmológica  
ÁREA DE RECOLECCIÓN: Financiera

| DÍA | JORNADA | RESIDUOS NO PELIGROSOS |                     | RESIDUOS PELIGROSOS |                          |                        |                |                                 |             |                  |
|-----|---------|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|----------------|---------------------------------|-------------|------------------|
|     |         | No aprovechables<br>Kg | Aprovechables<br>Kg | Biosanitarios<br>Kg | Anatomopatológicos<br>Kg | Cortopunturantes<br>Kg | Fármacos<br>Kg | Lámparas<br>Fluorescentes<br>Kg | Pilas<br>Kg | Prescritos<br>Kg |
| 2   | H       | 0.60                   | 0.45                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 3   | H       | 0.40                   | 0.45                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 4   | H       | 0.50                   | 0.55                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 5   | H       | 0.45                   | 0.50                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 6   | H       | 0.30                   | 0.25                | 0.15                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 8   | H       | 0.25                   | 0.10                | 0.0                 |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 9   | H       | 0.50                   | 0.45                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 10  | H       | 0.50                   | 0.50                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 11  | H       | 0.60                   | 0.45                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 12  | H       | 0.55                   | 0.55                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 13  | H       | 0.45                   | 0.40                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 16  | H       | 0.40                   | 0.50                | 0.10                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 17  | H       | 0.50                   | 0.45                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 18  | H       | 0.45                   | 0.50                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 19  | H       | 0.35                   | 0.45                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 20  | H       | 0.35                   | 0.40                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 22  | H       | 0.30                   | 0.20                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 23  | H       | 0.65                   | 0.50                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 24  | H       | 0.45                   | 0.55                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 25  | H       | 0.60                   | 0.50                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 26  | H       | 0.45                   | 0.55                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 27  | M       | 0.50                   | 0.45                | 0.20                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 29  | H       | 0.70                   | 0.55                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 30  | H       | 0.80                   | 0.60                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |

Total - 1220 - 1085 - 515

| DÍA | JORNADA | RESIDUOS NO PELIGROSOS |                     | RESIDUOS PELIGROSOS |                          |                        |                |                                 |             |                  |
|-----|---------|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|----------------|---------------------------------|-------------|------------------|
|     |         | No aprovechables<br>Kg | Aprovechables<br>Kg | Biosanitarios<br>Kg | Anatomopatológicos<br>Kg | Cortopunturantes<br>Kg | Fármacos<br>Kg | Lámparas<br>Fluorescentes<br>Kg | Pilas<br>Kg | Prescritos<br>Kg |
| 2   | T       | 0.55                   | 0.50                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 3   | T       | 0.50                   | 0.45                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 4   | T       | 0.60                   | 0.50                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 5   | T       | 0.50                   | 0.35                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 6   | T       | 0.0                    | 0.0                 | 0.0                 |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 8   | T       | 0.50                   | 0.60                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 9   | T       | 0.60                   | 0.50                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 10  | T       | 0.50                   | 0.45                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 11  | T       | 0.50                   | 0.50                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 12  | T       | 0.60                   | 0.45                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 13  | T       | 0.0                    | 0.0                 | 0.0                 |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 16  | T       | 0.70                   | 0.60                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 17  | T       | 0.80                   | 0.55                | 0.35                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 18  | T       | 0.50                   | 0.55                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 19  | T       | 0.55                   | 0.60                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 20  | T       | 0.30                   | 0.20                | 0.10                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 22  | T       | 0.40                   | 0.50                | 0.25                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 23  | T       | 0.50                   | 0.45                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 24  | T       | 0.45                   | 0.50                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 25  | T       | 0.50                   | 0.45                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 26  | T       | 0.55                   | 0.40                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 27  | T       | 0.60                   | 0.55                | 0.35                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 29  | T       | 0.65                   | 0.70                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |
| 30  | T       | 0.70                   | 0.65                | 0.30                |                          |                        |                |                                 |             |                  |

Total - 1205 - 1120 - 635

ANO: 2021 MES: Noviembre COT: Clínica oftalmológica AREA DE RECOLECCIÓN: Diagnostico

| DIA | JORNADA | TIPOS DE RESIDUOS      |                     |                     |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
|-----|---------|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|---------------------------------|-------------|--------------------|------------|
|     |         | RESIDUOS NO PELIGROSOS |                     | RESIDUOS PELIGROSOS |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
|     |         | No aprovechables<br>Kg | Aprovechables<br>Kg | Biosanitarios<br>Kg | Anatomopatológicos<br>Kg | Cortopuncionantes<br>Kg | Farmacos<br>Kg | Lámparas<br>Fluorescentes<br>Kg | Pilas<br>Kg | Presunizados<br>Kg | EXPLOSIVOS |
| 2   | M       | 0.50                   | 0.45                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 3   | M       | 0.60                   | 0.50                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 4   | M       | 0.70                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 5   | M       | 0.70                   | 0.30                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 6   | M       | 0.60                   | 0.45                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 8   | M       | 0.55                   | 0.50                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 9   | M       | 0.65                   | 0.50                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 10  | M       | 0.90                   | 0.60                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 11  | M       | 0.70                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 12  | M       | 0.70                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 13  | M       | 0.80                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 16  | M       | 0.80                   | 0.60                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 17  | M       | 0.70                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 18  | M       | 0.70                   | 0.45                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 19  | M       | 0.75                   | 0.50                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 20  | M       | 0.35                   | 0.40                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 22  | M       | 0.60                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 23  | M       | 0.50                   | 0.55                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 24  | M       | 0.60                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 25  | M       | 0.65                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 26  | M       | 0.50                   | 0.45                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 27  | M       | 0.60                   | 0.50                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 29  | M       | 0.80                   | 0.65                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 30  | M       | 0.70                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |

total 1565 1210 - 780.

| DIA   | JORNADA | TIPOS DE RESIDUOS      |                     |                     |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
|-------|---------|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|---------------------------------|-------------|--------------------|------------|
|       |         | RESIDUOS NO PELIGROSOS |                     | RESIDUOS PELIGROSOS |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
|       |         | No aprovechables<br>Kg | Aprovechables<br>Kg | Biosanitarios<br>Kg | Anatomopatológicos<br>Kg | Cortopuncionantes<br>Kg | Farmacos<br>Kg | Lámparas<br>Fluorescentes<br>Kg | Pilas<br>Kg | Presunizados<br>Kg | EXPLOSIVOS |
| 2     | T       | 0.60                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 3     | T       | 0.70                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 4     | T       | 0.90                   | 0.60                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 5     | T       | 0.70                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 6     | T       | 0.45                   | 0.20                | 0.20                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 8     | T       | 0.80                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 9     | T       | 0.60                   | 0.70                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 10    | T       | 0.70                   | 0.60                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 11    | T       | 0.90                   | 0.70                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 12    | T       | 0.90                   | 0.60                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 13    | T       | 0.60                   | 0.70                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 16    | T       | 0.60                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 17    | T       | 0.50                   | 0.45                | 0.30                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 18    | T       | 0.75                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 19    | T       | 0.70                   | 0.60                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 20    | T       | 0.30                   | 0.40                | 0.20                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 22    | T       | 0.70                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 23    | T       | 0.75                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 24    | T       | 0.60                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 25    | T       | 0.70                   | 0.50                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 26    | T       | 0.60                   | 0.65                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 27    | T       | 0.90                   | 0.70                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| 29    | T       | 0.80                   | 0.65                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |
| TOTAL |         | 0.70                   | 0.55                | 0.35                |                          |                         |                |                                 |             |                    |            |

total 1655-1340-800



**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 NOVIEMBRE de 2021, de acuerdo con los soportes contables suministrados y planillas de pago como se relaciona a continuación:

| Planilla No. | Mes    | Empleados<br>Aportados | Valor del pago |
|--------------|--------|------------------------|----------------|
|              |        |                        | COP\$          |
| 9422039072   | jun-21 | 145                    | 84.433.000     |
| 9423197737   | jul-21 | 139                    | 86.263.300     |
| 9424412015   | ago-21 | 143                    | 86.263.300     |
| 9425633834   | sep-21 | 132                    | 86.263.300     |
| 9428146194   | oct-21 | 131                    | 86.263.300     |
| 9428146194   | nov-21 | 140                    | 86.263.300     |

En constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, a los catorce (14) días del mes de diciembre de 2021.

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

**No.19559**

**Principal en Cali:**

Calle 8 No. 3 - 14 Of. 1101 Edif. Cámara de Comercio  
Tels.: (2) 889 5274 - (2) 888 2590 - (2) 883 4725  
Cel. (312) 259 8111 Fax: (2) 881 6009

**Bogotá:**

Cra. 13 No. 32 - 51 Torre 3 Of. 3 - 14  
Parque Empresarial Baviera  
Tel. (1) 340 4784

[gmcasoc@millanyasociados.com](mailto:gmcasoc@millanyasociados.com)

[www.millanyasociados.com](http://www.millanyasociados.com)

**R.SADE - 579798****COLMENA SEGUROS**

Certifica que la empresa **CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI SA** identificada con **NIT 890320032** y afiliada a la Administradora de Riesgos Laborales, de acuerdo a la aplicación de la autoevaluación realizada por la empresa **CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI SA** el **18/12/2020**, conforme a la tabla de valores y calificación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, mediante el diligenciamiento del formulario de evaluación establecido en el artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019, arroja un resultado de **88.75%** en los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

La presente certificación se expide a solicitud de la Empresa **CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI SA** a los 05 días del mes de Noviembre de 2021.

Cualquier inquietud adicional ponemos a su disposición a nuestra Línea Efectiva 401 04 47 en Bogotá y 018000 9 19 667 en el resto del país con atención 24 horas al día, 7 días a la semana.

*Colmena Seguros comprometida con la información requerida para el adecuado desarrollo de la Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo*

Cordialmente,



**Claudia Marcela Bucheli**  
Director Integral de Servicios  
**Colmena Seguros**

|                                    |                                                                             |                                                                                                                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DSST-042</b>                    | <b>Protocolo de Bioseguridad Para Emergencia<br/>Sanitaria Por Covid-19</b> |  <b>Clínica de<br/>Oftalmología<br/>de Cali S.A.</b> |
| <b>Edición: 001</b>                |                                                                             |                                                                                                                                         |
| <b>Última revisión: 2020-10-13</b> |                                                                             |                                                                                                                                         |

## 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, anomalía 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 mínimo 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 el 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 retirarse 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 está 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 puestos.
- 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 las 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 Cirugía, evaluará el caso y brindarán 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 coordinará de acuerdo con la demanda de los servicios, teniendo en cuenta que estos se alternarán y se atenderá un menor número de pacientes simultáneamente, lo cual conllevará 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 lineamientos 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 QUIRURGICA                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                        | 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. |
| <b>COLOCACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>INDICACIONES DE USO:</b><br><b>ÁREAS O SERVICIOS - PROCEDIMIENTOS</b>                                                                                                                                                                |
| Asegúrese los cordones o la banda elástica en la mitad de la cabeza y en el cuello. Si es de elástico, ajústela 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. | De uso permanente, en atención de pacientes y en procedimientos que no generen aerosoles.                                                                                                                                               |
| <b>MANTENIMIENTO O LIMPIEZA (SI APLICA)</b>                                                                                                                                                                                                                                               | <b>REVISIÓN PREVIA A SU USO</b>                                                                                                                                                                                                         |
| No aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                | Revisar daño de cintas elásticas, en costuras de bordes o perforación de la mascarilla.                                                                                                                                                 |
| <b>CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>PARTE DEL CUERPO QUE PROTEGE</b>                                                                                                                                                                                                     |
| Almacenar en un lugar limpio, fresco y libre de contaminación. No almacenar cerca de fuentes de calor ni de olor.                                                                                                                                                                         | Nariz y boca.                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>ELIMINACIÓN O DISPOSICIÓN FINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>RETIRO</b>                                                                                                                                                                                                                           |
| Descarte en el contenedor para residuos biológicos.                                                                                                                                                                                                                                       | ¡La parte delantera de la mascarilla está contaminada! Si la mascarilla es de cordones, desátelos o rásquelos, y tomándola por los cordones, descártela. Si es de elástico, sujétela por uno de ellos, quítela del rostro y descártela. |
| <b>REPOSICIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>USO EXTENDIDO O REUTILIZACIÓN (SI APLICA)</b>                                                                                                                                                                                        |
| Reponga la mascarilla si se humedece, es salpicada con fluidos corporales o es difícil respirar mientras la tiene puesta.                                                                                                                                                                 | 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.



#### 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, molde 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, colóquese 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 biológicos 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

| PACIENTES AMBULATORIOS AMBULATORIOS |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Escenario                           | Personal o pacientes objetivo                         | Actividad                                                                                                                                                                                                                                             | Tipo de EPP                                                                                                                       |
| Consultorios y medios diagnósticos  | Trabajadores de la salud                              | Examen físico de pacientes                                                                                                                                                                                                                            | Mascarilla quirúrgica 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 quirúrgica                                           |
|                                     | Desinfección de equipos y superficies                 | EPP según precauciones estándar y evaluación del riesgo: careta - mascarilla quirúrgica y guantes                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |
|                                     | Pacientes                                             | Cualquiera                                                                                                                                                                                                                                            | Entregar mascarilla quirúrgica convencional                                                                                       |
| Salas de espera                     | Pacientes y acompañantes                              | Cualquiera                                                                                                                                                                                                                                            | Entregar mascarilla quirúrgica convencional al paciente.<br>*Familiar o acompañante conserva mascarilla con la que llega a la COC |
| Cirugía                             | Anestesiólogo                                         | Bloqueo y anestesia (sedación endovenosa-general)                                                                                                                                                                                                     | Respirador N-95 (reuso limitado)                                                                                                  |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Caretta de protección                                                                                                             |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Bata manga larga                                                                                                                  |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Escafandra                                                                                                                        |
|                                     | Cirujano, instrumentador, cirujante                   | * Admisión e ingreso de paciente<br>* Realización de cirugía - procedimientos que no generan aerosoles<br><br>* Realización de cirugía - procedimientos con generación de aerosoles<br>* Atención de pacientes referidos de otra IPS (hospitalizados) | Caretta de protección                                                                                                             |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Precauciones estándar (EPP)                                                                                                       |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Caretta de protección                                                                                                             |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Precauciones estándar (EPP)                                                                                                       |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Escafandra                                                                                                                        |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Respirador N-95                                                                                                                   |
| Paciente                            | Estancia dentro del área quirúrgica                   | Caretta de protección                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |
|                                     |                                                       | Mascarilla quirúrgica convencional                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                   |
|                                     |                                                       | Colocación de plástico sobre cara antes de iniciar bloqueo y manteniendo soporte respiratorio por cánula                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |
| SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD      |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                   |
| Áreas administrativas               | Todo el personal, incluyendo trabajadores de la salud | Tareas administrativas que no implican contacto con pacientes                                                                                                                                                                                         | Mascarilla quirúrgica convencional                                                                                                |
|                                     |                                                       | Tareas administrativas que implican contacto con pacientes                                                                                                                                                                                            | Mascarilla quirúrgica convencional                                                                                                |
| Punto de entrada                    | Trabajadores de la salud                              | Examen preliminar que no implica contacto                                                                                                                                                                                                             | Caretta de protección (cuando no hay barrera de vidrio)                                                                           |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Mascarilla quirúrgica convencional                                                                                                |
|                                     | Pacientes y acompañantes                              | Cualquiera                                                                                                                                                                                                                                            | Entregar mascarilla quirúrgica convencional al paciente.<br>*Familiar o acompañante conserva mascarilla con la que llega a la COC |
| Todas las áreas                     | Servicios generales                                   | Cualquiera                                                                                                                                                                                                                                            | Zapatos cerrados                                                                                                                  |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Guantes de caucho                                                                                                                 |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Caretta de protección                                                                                                             |
|                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | Mascarilla quirúrgica 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 encontrará 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 Clínica 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  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ , 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 medidas 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.

En Colmena Seguros  
estás acompañado  
sin salir de casa

Clínica de  
Oftalmología  
de Cali S.A.  
Colmena  
Seguros

**Ahora cuentas con:**

Orientación psicológica telefónica a nivel nacional.

*Una línea de apoyo psicosocial con el fin de escucharte en estos momentos de crisis, acompañarte y darte soluciones preventivas para sobrellevar de la mejor manera esta emergencia, servicios disponibles:*

- Recibir orientación psicológica.
- Recibir primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.
- Recibir asesoría oportuna acerca de los recursos de ayuda y centros especializados de tratamiento en caso de ser requerido.
- Recibir medidas psicológicas preventivas.
- Integrar al trabajador con los programas de prevención e intervención de riesgo psicosocial dispuestos por Colmena Seguros.

Recuerda que estas consultas cuentan con total confidencialidad en la atención.

Recuerda que debes marcar a:

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| Línea Efectiva | Desde celular          |
| Cali 4036400   | #833 o al 018000919667 |

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 electrónico 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.

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 Y 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<br>TEJADA<br>PROFESIONAL SST | ANA MILENA LOPEZ<br>ARBOLEDA<br>JEFE DE CIRUGÍA | SERGIO ANDRES MARTINEZ<br>CORREA<br>JEFE DE GESTIÓN HUMANA |

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.

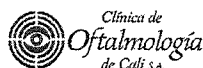
Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de Julio de 2021, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



---

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



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1510134**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 25 | 12:08 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 25 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 58b7b08c2b5576c7d0c347cb1f6a2be6c1ad76e2076fd5d06362da7a5d945350a66c9a652ec77ba93e47e70c8f63afa4

|                             |                                      |                                               |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> GAMBOA MOSQUERA CRISTOBALINA | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-25 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 29220050                        | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-25  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Ca-Cali                     |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 123                          |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 63233-1                              | <b>POLIZA:</b> 9876                           |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 08-626838-01                         | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 10297                    |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                      | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 42.450,00      |      | 42.450,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                                  |          |                |      |             |



COD1510134

|                       |                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | SUBTOTAL 42.450,00<br>DESCUENTO 0,00<br>IVA<br>IMPOCONSUMO<br><b>TOTAL FACTURADO</b> 42.450,00<br>COP/MOD/REC 0,00<br><b>TOTAL A PAGAR</b> 42.450,00 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROMISIÓN GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1993 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)

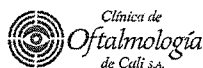


|         |                      |                       |
|---------|----------------------|-----------------------|
| ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|         |                      | CC No.                |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1510134-01 Prog: cayfac Usuario: diacol01 DIANA YICELA COLLAZOS CASTRILLON 2021-11-25 12:08:18

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

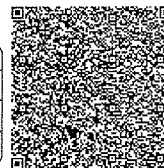
Fecha Validación DIAN: 2021-11-25 12:08:40-05:00



**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**  
**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA  
 Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896  
 www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1510512**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**



| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 26 | 08:09 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 26 |       |

Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 57a43161b8800b6b000cc377558d0ec29f49992c8e9ee594e89f1fef523115f957f9a86b9bbe2dc28ca1fc35c2ad6909

|                                               |                                                   |                                  |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | <b>PACIENTE:</b> HURTADO ROSSI GREGORIO ALEJANDRO | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-26 |
| <b>NIT/ID:</b> 899999034-1                    | <b>ID:</b> CC 1144104744                          | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-26  |
| <b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI   | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra 62 1 C 17-Cali              |                                  |
| <b>TELEFONO:</b> 4315800 E.22643              | <b>TELEFONO:</b> 3156279568                       |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> 738226-1          | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12625                        |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b> 08-626922-01                |                                                   |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                      | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 42.450,00      |      | 42.450,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                                  |          |                |      |             |



COD1510512

**OBSERVACIONES:**

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| SUBTOTAL               | 42.450,00 |
| DESCUENTO              | 0,00      |
| IVA                    |           |
| IMPOCONSUMO            |           |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 42.450,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00      |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 42.450,00 |

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

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROMISIÓN 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)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

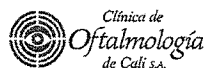
FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1510512-01 Prog: cayfac Usuario: diacol01 DIANA YICELA COLLAZOS CASTRILLON 2021-11-26 08:09:38

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

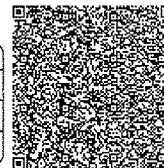
Fecha Validación DIAN: 2021-11-26 08:19:09-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1510782**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 26 | 14:06 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 26 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 2fdebd9108dda0df4941a2efbfaf15cab8091f7eee0fbb66807787bc84e937c1601d1fd5e455c7f52d9e9351606ff797

|                             |                                      |                                        |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> LOPEZ DE THORNE BETTY | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-26 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 38971701                 | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-26  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra 5 No 4-40-Cali   |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 3186514349            |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 289239-1                             | <b>POLIZA:</b> 12043                   |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 09-588057-01                         | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12043             |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                        | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 952050 | BIOMETRIA OCULAR BILATERAL-UND:NAR | 1,00     | 91.875,00      |      | 91.875,00   |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                    |          |                |      |             |



COD1510782

OBSERVACIONES:

|                        |                  |
|------------------------|------------------|
| SUBTOTAL               | 91.875,00        |
| DESCUENTO              | 0,00             |
| IVA                    |                  |
| IMPOCONSUMO            |                  |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | <b>91.875,00</b> |
| COP/MOD/REC            | 0,00             |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | <b>91.875,00</b> |

SON: NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1993 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)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1510782-01 Prog: cayfac Usuario: sanidr01 SANDRA XIMENA IDROBO YEPES 2021-11-26 14:06:35

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-11-26 14:06:50-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1510784**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 26 | 14:09 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 26 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 3a35d307434cab0746e3e30668ebe8727d060a4f732cf8d7dc09db1147e58fc72ca38d779e1e46331dd79f1b90c0c851

|                                               |                                        |                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | <b>PACIENTE:</b> LOPEZ DE THORNE BETTY | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-26 |
| <b>NIT/ID:</b> 899999034-1                    | <b>ID:</b> CC 38971701                 | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-26  |
| <b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI   | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra 5 No 4-40-Cali   |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b> 4315800 E.22643              | <b>TELÉFONO:</b> 3186514349            |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> 289239-1          | <b>POLIZA:</b> 12046                   |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b> 09-588058-01                | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12046             |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                           | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|-------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 950650 | RECuento DE CELULAS ENDOTELIALES<br>BILATERAL-UND:NAR | 1,00     | 107.450,00     |      | 107.450.00  |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                       |          |                |      |             |



COD1510784

OBSERVACIONES:

|                        |            |
|------------------------|------------|
| SUBTOTAL               | 107.450,00 |
| DESCUENTO              | 0,00       |
| IVA                    |            |
| IMPOCONSUMO            |            |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 107.450,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00       |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 107.450,00 |

SON: CIENTO SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1993 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)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

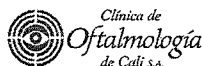
FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1510784-01 Prog: cayfac Usuario: sanidr01 SANDRA XIMENA IDROBO YEPES 2021-11-26 14:09:33

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

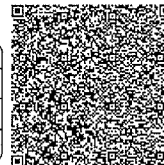
Fecha Validación DIAN: 2021-11-26 14:09:51:05:00


**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**  
**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA  
 Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896  
 www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1511653**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 29 | 15:24 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 29 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : a930feff68ed2b01783a442e015e3f2e200b3aa3124da1fbcd03ec827202b0bd730a76008301f13b69b1a9976093747

|                             |                                      |                                                 |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> RAMIREZ APOLINDAR CESAR ANDRES | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-29 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> TI 1005785409                        | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-29  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Cr 1A10 61A-119-Cali          |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 3206760411                     |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 229324-1                             | <b>POLIZA:</b> 7617                             |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 08-627153-01                         | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 10964                      |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                      | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 42.450,00      |      | 42.450,00   |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                                                  |          |                |      |             |



COD1511653

|                       |                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | SUBTOTAL 42.450,00<br>DESCUENTO 0,00<br>IVA<br>IMPOCONSUMO<br><b>TOTAL FACTURADO</b> 42.450,00<br>COP/MOD/REC 0,00<br><b>TOTAL A PAGAR</b> 42.450,00 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1511653-01 Prog: cayfac Usuario: diacol01 DIANA YICELA COLLAZOS CASTRILLON 2021-11-29 15:24:49

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-11-29 15:25:08-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1512198**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 30 | 12:22 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 30 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : c0676c142c44a03af24aaa4a5dc637679f9411037bb00472d770ceba2e0e32c3aff722b24d80c62c75b3a721ba5cb70a

|                             |                                      |                                                   |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> RODRIGUEZ ARTUNDUAGA ANA DOLORES | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-30 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 38443442                            | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-30  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Calle 66A # 1A 10 - 32-Cali     |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 4492256                          |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 82479-1                              | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 11052                        |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 09-588223-01                         |                                                   |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                         | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 950201 | EVALUACION PARA BAJA VISION-UND:NAR | 1,00     | 83,900,00      |      | 83,900,00   |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                     |          |                |      |             |



COD1512198

|                       |                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | SUBTOTAL 83,900,00<br>DESCUENTO 0,00<br>IVA<br>IMPOCONSUMO<br><b>TOTAL FACTURADO</b> 83,900,00<br>COP/MOD/REC 0,00<br><b>TOTAL A PAGAR</b> 83,900,00 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SON: OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN ORAL 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)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1512198-01 Prog: cayfac Usuario: cinale01 CINDY TATIANA ALEGRIA 2021-11-30 12:22:17

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

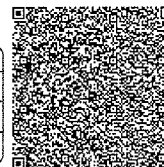
Fecha Validación DIAN: 2021-11-30 12:22:41-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1512210**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 30 | 12:33 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 30 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 67f44aa7a8cc40962aa7935f5099ec210227ef0a394b61a135cf9d099822aa2d4f51989240864bf21f4e4e1927702a84

|                             |                                      |                                                   |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> RODRIGUEZ ARTUNDUAGA ANA DOLORES | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-30 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 38443442                            | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-30  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Calle 66A # 1A 10 - 32-Cali     |                                  |
| <b>TELEFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELEFONO:</b> 4492256                          |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 82479-1                              | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 11319                        |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 08-627273-01                         |                                                   |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                         | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|-----------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 890906 | CONSULTA POR ESPECIALISTA<br>GLAUCOMATOLOGO-UND:NAR | 1,00     | 70.000,00      |      | 70.000,00   |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                                     |          |                |      |             |



COD1512210

|                       |                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | <b>SUBTOTAL</b> 70.000,00<br><b>DESCUENTO</b> 0,00<br><b>IVA</b><br><b>IMPOCONSUMO</b><br><b>TOTAL FACTURADO</b> 70.000,00<br><b>COP/MOD/REC</b> 0,00<br><b>TOTAL A PAGAR</b> 70.000,00 |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SON: SETENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)

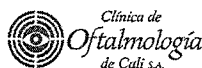


|                |                             |                              |
|----------------|-----------------------------|------------------------------|
| <b>ELABORÓ</b> | <b>FIRMA Y SELLO EMISOR</b> | <b>FIRMA Y SELLO CLIENTE</b> |
|                |                             | CC No.                       |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1512210-01 Prog: cayfac Usuario: clinale01 CINDY TATIANA ALEGRIA 2021-11-30 12:33:39

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

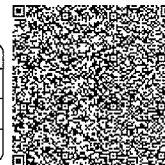
Fecha Validación DIAN: 2021-11-30 12:33:59-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1512256**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 30 | 14:07 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 30 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : e4629f2b261614bf6886fe66058eaba2e0bd0e96eca3b181afd4b2bed614a56be8442d280875c985995229905193229

|                             |                                      |                                          |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> LOZADA DE ESCOBAR MARIA | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-30 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 38978684                   | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-30  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra. 22B # 15A 68-Cali |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 8816628-3003045288      |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 103389-1                             | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 11818               |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 08-627280-01                         |                                          |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                                   | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 890376 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 35.300,00      |      | 35.300,00   |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                                                               |          |                |      |             |



COD1512256

|                       |                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | SUBTOTAL 35.300,00<br>DESCUENTO 0,00<br>IVA<br>IMPOCONSUMO<br><b>TOTAL FACTURADO</b> 35.300,00<br>COP/MOD/REC 0,00<br><b>TOTAL A PAGAR</b> 35.300,00 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SON: TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)

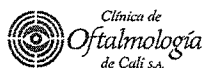


|         |                      |                       |
|---------|----------------------|-----------------------|
| ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE |
|         |                      | CC No.                |

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1512256-01 Prog: cayfac Usuario: cinale01 CINDY TATIANA ALEGRIA 2021-11-30 14:07:28

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

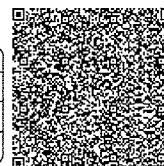
Fecha Validación DIAN: 2021-11-30 14:07:53-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1512301**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 30 | 14:45 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 30 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : e6bd80a4d723651faa76fabba7de504adf2a07f2156245e4b642d361465b7abb7b670e6a549ec2630df9f5bbbfac7754

|                             |                                      |                                  |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> AGUDELO BORRERO | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-30 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | MARIA LUISA                      | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-30  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | ID: CC 29330811                  |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | DIRECCIÓN: Armenia               |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 179253-1                             | -Cali                            |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 08-627285-01                         | TELÉFONO: 3127438265             |                                  |
|                             |                                      | POLIZA: 12852                    |                                  |
|                             |                                      | AUTORIZACIÓN: 12852              |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                         | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|-----------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890906 | CONSULTA POR ESPECIALISTA<br>GLAUCOMATOLOGO-UND:NAR | 1,00     | 70.000,00      |      | 70.000,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                     |          |                |      |             |



COD1512301

|                       |                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | SUBTOTAL 70.000,00<br>DESCUENTO 0,00<br>IVA<br>IMPOCONSUMO<br><b>TOTAL FACTURADO</b> 70.000,00<br>COP/MOD/REC 0,00<br><b>TOTAL A PAGAR</b> 70.000,00 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SON: SETENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1993 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)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1512301-01 Prog: cayfac Usuario: anglop01 ANGIE PAOLA LOPEZ DIAS 2021-11-30 14:45:52

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-11-30 14:46:09-05:00


**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**  
**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA  
 Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896  
 www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1512334**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**


| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 11 | 30 | 15:09 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 30 |       |

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

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 9fca63762979a8c1fd9b1238319ba6da61cc24016e80a52ba023eb9af993da8036277fc6d3c48266f607e60e6a062507

|                             |                                      |                                                      |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> BEDOYA SERNA MARIA MELBA            | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-11-30 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 38859300                               | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-11-30  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Kilometro 18 Casa 103 Jamundi-Cali |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 3007679035                          |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 668034-1                             | <b>POLIZA:</b> 11651                                 |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 10-460272-01                         | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12404                           |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                      | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 42.450,00      |      | 42.450,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                                  |          |                |      |             |



COD1512334

**OBSERVACIONES:**

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| SUBTOTAL               | 42.450,00 |
| DESCUENTO              | 0,00      |
| IVA                    |           |
| IMPOCONSUMO            |           |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 42.450,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00      |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 42.450,00 |

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

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

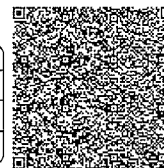
Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1512334-01 Prog: cayfac Usuario: adcajex8 YULY TATIANA VARGAS DUCON 2021-11-30 15:09:37

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-11-30 15:10:01:05:00


**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**  
**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA  
 Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896  
 www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1512855**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**


| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 01 | 09:44 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2021              | 12 | 31 |       |

Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 5654cbffc2906dc34cadd8bde9d895841dc8ad518344bd6f25b6545338475d1d595a45c3f677b65543e05cb6ddb23294

|                                               |                                                |                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | <b>PACIENTE:</b> COLMENARES QUINCHE LUZ MARINA | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-01 |
| <b>NIT/ID:</b> 899999034-1                    | <b>ID:</b> CC 20925514                         | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-01  |
| <b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI   | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra 98 C No 54-86-Cali       |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b> 4315800 E.22643              | <b>TELÉFONO:</b> 3168501599                    |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> 733491-1          | <b>POLIZA:</b> 11821                           |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b> 08-627351-01                | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 11821                     |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                    | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890908 | CONSULTA POR ESPECIALISTA OCULOPLASTIA-UND:NAR | 1,00     | 70.000,00      |      | 70.000,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                |          |                |      |             |



COD1512855

**OBSERVACIONES:**

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| SUBTOTAL               | 70.000,00 |
| DESCUENTO              | 0,00      |
| IVA                    |           |
| IMPOCONSUMO            |           |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 70.000,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00      |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 70.000,00 |

SON: SETENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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.684 DEL CODIGO DE COMERCIO)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

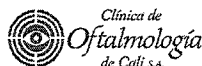
FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1512855-01 Prog: cayfac Usuario: anglop01 ANGIE PAOLA LOPEZ DIAS 2021-12-01 09:44:43

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-01 09:45:02-05:00


**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**  
**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA  
 Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896  
 www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1513375**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 02 | 09:17 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 01 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 3f7108d285f54b2917f9e9801c34f1b66a621ebc1d35a238fec4cd2259e0fbac62f15f38a8e4ac1c381bad071edab731

|                                               |                                                  |                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | <b>PACIENTE:</b> CASTRILLON DE LASSO MARIA NELLY | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-02 |
| <b>NIT/ID:</b> 899999034-1                    | <b>ID:</b> CC 29280423                           | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-02  |
| <b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI   | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra. 16 # 10 - 21 Buga-Cali    |                                  |
| <b>TELEFONO:</b> 4315800 E.22643              | <b>TELEFONO:</b> 3154785206-2380245              |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> 21588-1           | <b>POLIZA:</b> 11337                             |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b> 09-588370-01                | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12647                       |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                        | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 952050 | BIOMETRIA OCULAR BILATERAL-UND:NAR | 1,00     | 91.875,00      |      | 91.875,00   |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                    |          |                |      |             |



COD1513375

**OBSERVACIONES:**

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| SUBTOTAL               | 91.875,00 |
| DESCUENTO              | 0,00      |
| IVA                    |           |
| IMPOCONSUMO            |           |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 91.875,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00      |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 91.875,00 |

SON: NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN GRAL VIGENTE ESTABLECIDA EN ART.39 LEY 14 DE 1993 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)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1513375-01 Prog: cayfac Usuario: diacol01 DIANA YICELA COLLAZOS CASTRILLON 2021-12-02 09:17:19

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-02 09:17:37-05:00



**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**

**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA

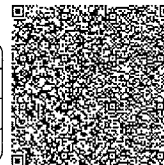
Teléfono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896

www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1513380**

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

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 02 | 09:19 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 01 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

**Tipo de operación: Estándar-10**

**Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta**

CUFE : c8db1a79e00bce5c6c1749315f8f0b64985853c1a06e87967d1ba898000e2d486897727449ff67d421c9fdec6c107a93

|                             |                                      |                                                  |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> CASTRILLON DE LASSO MARIA NELLY | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-02 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 29280423                           | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-02  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra. 16 # 10 - 21 Buga-Cali    |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 3154785206-2380245              |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 21588-1                              | <b>POLIZA:</b> 11337                             |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 09-588373-01                         | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12646                       |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                  | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|--------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 951950 | TÓMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR<br>BILATERAL-UND:NAR | 1,00     | 357.700,00     |      | 357.700,00  |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                                              |          |                |      |             |

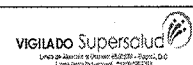


COD1513380

|                       |                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | <p>SUBTOTAL 357.700,00</p> <p>DESCUENTO 0,00</p> <p>IVA</p> <p>IMPOCONSUMO</p> <p><b>TOTAL FACTURADO</b> 357.700,00</p> <p>COP/MOD/REC 0,00</p> <p><b>TOTAL A PAGAR</b> 357.700,00</p> |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SON: TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1513380-01 Prog: cayfac Usuario: diacol01 DIANA YICELA COLLAZOS CASTRILLON 2021-12-02 09:19:46

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-02 09:20:11-05:00

CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A

NIT. 890.320.032-8

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA

Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896

www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1513386

CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A



| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 02 | 09:24 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 01 |       |

Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : a2511cb3b997fa39a05a88c3b8d2e41b4da4a9e3bd285fb6a618c4d95a05e0e95c2c4be30c5d17a462c210292509c442

|                             |                                      |                                                  |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> CASTRILLON DE LASSO MARIA NELLY | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-02 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 29280423                           | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-02  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Cra. 16 # 10 - 21 Buga-Cali    |                                  |
| <b>TELEFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELEFONO:</b> 3154785206-2380245              |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 21588-1                              | <b>POLIZA:</b> 11337                             |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 09-588375-01                         | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12648                       |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                           | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 950650 | RECuento DE CELULAS ENDOTELIALES<br>BILATERAL-UND:NAR | 1,00     | 107.450,00     |      | 107.450.00  |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                                       |          |                |      |             |



COD1513386

OBSERVACIONES:

|                        |            |
|------------------------|------------|
| SUBTOTAL               | 107.450,00 |
| DESCUENTO              | 0,00       |
| IVA                    |            |
| IMPOCONSUMO            |            |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 107.450,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00       |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 107.450,00 |

SON: CIENTO SIETE 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)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1513386-01 Prog: cayfac Usuario: diacol01 DIANA YICELA COLLAZOS CASTRILLON 2021-12-02 09:24:37

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

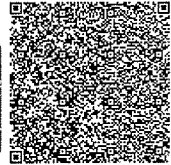
Fecha Validación DIAN: 2021-12-02 09:25:11-05:00


**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**  
**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA  
 Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896  
 www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1513554**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 02 | 14:04 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 01 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 68e0d72769d2f16dc5dfc46e27dec3f6f1343bb13c9a5115e98b7cb47eef9c4017662841cff81334ae217bfe5d0354b

|                                               |                                                     |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | <b>PACIENTE:</b> PEREZ GIRON RUBIELA                | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-02 |
| <b>NIT/ID:</b> 899999034-1                    | <b>ID:</b> CC 41614906                              | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-02  |
| <b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI   | <b>DIRECCIÓN:</b> Transv. 26 I # D 70 02 Cali-Tulua |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b> 4315800 E.22643              | <b>TELÉFONO:</b> 6621377                            |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> 269720-1          | <b>POLIZA:</b> 12284                                |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b> 08-627491-01                | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12284                          |                                  |

| ITEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                      | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|------|--------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1    | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 42.450,00      |      | 42.450,00   |
|      |        | TOTAL LÍNEAS: 1                                                  |          |                |      |             |



COD1513554

**OBSERVACIONES:**

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| SUBTOTAL               | 42.450,00 |
| DESCUENTO              | 0,00      |
| IVA                    |           |
| IMPOCONSUMO            |           |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 42.450,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00      |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 42.450,00 |

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

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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 CAUSARÁ INTERESES DEL 4% MENSUAL SI SE CANCELA DESPUES DE FECHA DE VENCIMIENTO(ART.884 DEL CODIGO DE COMERCIO)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1513554-01 Prog: cayfac Usuario: anglop01 ANGIE PAOLA LOPEZ DIAS 2021-12-02 14:04:41

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-02 14:05:01-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1513616**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 02 | 15:06 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 01 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 02fc1f5dc8a9957b4255a4b447fce5c190300c816e13e9a6842d7c40616c9e982ff560cfd6dc88dc871ab5a4de7ca27

|                             |                                      |                                       |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> OSORIO ROSALBA       | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-02 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 29655635                | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-02  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Calle 25 35 40-Cali |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 2719853              |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 213257-1                             | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12676            |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 08-627501-01                         |                                       |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                                   | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890376 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 35.300,00      |      | 35.300,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                                               |          |                |      |             |



COD1513616

|                       |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | <p>SUBTOTAL 35.300,00</p> <p>DESCUENTO 0,00</p> <p>IVA</p> <p>IMPOCONSUMO</p> <p><b>TOTAL FACTURADO</b> 35.300,00</p> <p>COP/MOD/REC 0,00</p> <p><b>TOTAL A PAGAR</b> 35.300,00</p> |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SON: TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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.894 DEL CODIGO DE COMERCIO)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1513616-01 Prog: cayfac Usuario: hecest01 HECTOR HERNAN ESTRADA ROJAS 2021-12-02 15:06:04

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-02 15:06:24-05:00

CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A

NIT. 890.320.032-8

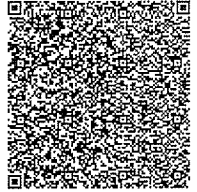
CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA

Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896

www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1513867

CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A



| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 02 | 21:06 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 01 |       |

Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : fca11118f581da4354d614bde6f1557b2e5d8703c50defc32c657c71763dd3d3ff8634cac0883b69c709ebc689ba96b2

|                      |                               |               |                        |                |            |
|----------------------|-------------------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|
| CLIENTE:             | SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | PACIENTE:     | MAGE LOPEZ DIANA LUCIA | FECHA INGRESO: | 2021-12-02 |
| NIT/ID:              | 899999034-1                   | ID:           | TI 1002822055          | FECHA EGRESO:  | 2021-12-02 |
| DIRECCIÓN:           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI     | DIRECCIÓN:    | C-Cali                 |                |            |
| TELEFONO:            | 4315800 E.22643               | TELEFONO:     | 123                    |                |            |
| CONSECUTIVO INTERNO: | 738750-1                      | AUTORIZACIÓN: | 1002822055             |                |            |
| DOCUMENTO:           | 08-627574-01                  |               |                        |                |            |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                                      | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890276 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA-UND:NAR | 1,00     | 42.450,00      |      | 42.450.00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                                  |          |                |      |             |



COD1513867

OBSERVACIONES:

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| SUBTOTAL        | 42.450,00 |
| DESCUENTO       | 0,00      |
| IVA             |           |
| IMPOCONSUMO     |           |
| TOTAL FACTURADO | 42.450,00 |
| COP/MOD/REC     | 0,00      |
| TOTAL A PAGAR   | 42.450,00 |

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

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1513867-01 Prog: cayfac Usuario: diacol01 DIANA YICELA COLLAZOS CASTRILLON 2021-12-02 21:06:40

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-02 21:06:54-05:00



**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A**  
**NIT. 890.320.032-8**

CARRERA 47 SUR # 8C-94 - CALI - COLOMBIA  
 Telefono: 5520890 AL 95 Fax: 5520896

www.clinicadeofta.com - Email: notificaciones@clinicaofta.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1513896**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 02 | 21:45 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 01 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 50150daa671d86d3b810aa288a8f62aeb9cfe27b6fdb69011f3b950b0dd7b915b21b88e7f36dbae9a5776b8351e0945e

|                             |                                      |                                            |                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b>             | <b>SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA</b> | <b>PACIENTE:</b> ROMERO DE ARIAS MARGARITA | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-02 |
| <b>NIT/ID:</b>              | 899999034-1                          | <b>ID:</b> CC 29032883                     | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-02  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>           | CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI            | <b>DIRECCIÓN:</b> Calle 3B No 65-09-Cali   |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b>            | 4315800 E.22643                      | <b>TELÉFONO:</b> 3243835                   |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> | 33286-1                              | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 11084                 |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b>           | 08-627567-01                         |                                            |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                    | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890908 | CONSULTA POR ESPECIALISTA OCULOPLASTIA-UND:NAR | 1,00     | 70.000,00      |      | 70.000,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                |          |                |      |             |



COD1513896

|                       |                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> | SUBTOTAL 70.000,00<br>DESCUENTO 0,00<br>IVA<br>IMPOCONSUMO<br><b>TOTAL FACTURADO</b> 70.000,00<br>COP/MOD/REC 0,00<br><b>TOTAL A PAGAR</b> 70.000,00 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SON: SETENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)



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

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1513896-01 Prog: cayfac Usuario: hecest01 HECTOR HERNAN ESTRADA ROJAS 2021-12-02 21:45:37

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-02 21:45:52-05:00



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

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. COD1514313**  
**CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A**

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 03 | 15:47 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 02 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar-10

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : f5b378230d1d67defeb680a89523d46ae7cb8b45855a9bf18aae71a6dc4cb55072af645e8929492865e7593eb56c23e

|                                               |                                                      |                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | <b>PACIENTE:</b> GONZALEZ GALLEG0 ALMA LUZ           | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-03 |
| <b>NIT/ID:</b> 899999034-1                    | <b>ID:</b> CC 31191385                               | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-03  |
| <b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 52 # 2BIS 15 - CALI   | <b>DIRECCIÓN:</b> Calle 66 # 1 Bis 61 Apt 2 204-Cali |                                  |
| <b>TELÉFONO:</b> 4315800 E.22643              | <b>TELÉFONO:</b> 4399069-6685503                     |                                  |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> 161545-1          | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 8977                            |                                  |
| <b>DOCUMENTO:</b> 08-627673-01                |                                                      |                                  |

| ITEM            | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                         | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | %IMP | VALOR TOTAL |
|-----------------|--------|-----------------------------------------------------|----------|----------------|------|-------------|
| 1               | 890906 | CONSULTA POR ESPECIALISTA<br>GLAUCOMATOLOGO-UND:NAR | 1,00     | 70.000,00      |      | 70.000,00   |
| TOTAL LÍNEAS: 1 |        |                                                     |          |                |      |             |



COD1514313

OBSERVACIONES:

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| SUBTOTAL               | 70.000,00 |
| DESCUENTO              | 0,00      |
| IVA                    |           |
| IMPOCONSUMO            |           |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | 70.000,00 |
| COP/MOD/REC            | 0,00      |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | 70.000,00 |

SON: SETENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

ABSTENERSE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DEL ICA SOBRE LOS PAGOS REALIZADOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA PROHIBICIÓN 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)



ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Convenio: 899999034 SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA Id Interno: CD-1514313-01 Prog: cayfac Usuario: hecest01 HECTOR HERNAN ESTRADA ROJAS 2021-12-03 15:47:06

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2021-12-03 15:47:30-05:00

| FECHA GENERACIÓN  |    |    |       |
|-------------------|----|----|-------|
| 2021              | 12 | 09 | 16:27 |
| FECHA VENCIMIENTO |    |    |       |
| 2022              | 01 | 08 |       |



Autorización Numeración: 18764011841959 del 2021-03-25 numeración del 1425001 al 1525000 fecha del 2021-03-25 al 2022-03-25 prefijo: COD

Tipo de operación: Estándar \*-10

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta

CUFE: b3e2e22ae63af862d42eab252ec48600912f81419d182be16953398524c3c84917935e05a79b622e69f6398a3d028770

|                                               |                                                                |                                           |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> SERVICIO NAL.APRENDIZAJE-SENA | <b>PACIENTE:</b> RESTREPO PANESO GERTRUDIS                     | <b>FECHA INGRESO:</b> 2021-12-09 08:32:00 |
| <b>NIT/ID:</b> 899999034-1                    | <b>ID:</b> CC 31133955                                         | <b>FECHA EGRESO:</b> 2021-12-09 08:34:00  |
| <b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 52 # 2BIS 15-CALI     | <b>DIRECCIÓN:</b> Calle 54 N No 2 GN 94 Bloque A Apto 203-CALI | <b>TIP USUARIO:</b> OTRO                  |
| <b>TELÉFONO:</b> 4315800 E.22643              | <b>TELÉFONO:</b> 3178870830                                    | <b>Forma de Pago:</b> Crédito             |
| <b>CONSECUTIVO INTERNO:</b> 252938-3          | <b>POLIZA:</b> 12446                                           |                                           |
| <b>DOCUMENTO:</b> 252938-3                    | <b>AUTORIZACIÓN:</b> 12446                                     |                                           |

| ITEM            | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN                                                                                                          | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | % IMP | VALOR TOTAL  |
|-----------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-------|--------------|
| 1               | 083003 | CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL° POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADO R VIA ANTERIOR-HONORARIOS MEDICOS CIRUJANO-UND:NAR | 1.00     | 168,750.00     |       | 168,750.00   |
| 2               | 083003 | CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL° POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADO R VIA ANTERIOR-HONORARIOS ANESTESIOLOGO-UND:NAR    | 2.00     | 174,000.00     |       | 348,000.00   |
| 3               | 083003 | CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL° POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADO R VIA ANTERIOR-DERCHOS DE SALA-UND:NAR             | 2.00     | 435,000.00     |       | 870,000.00   |
| 4               | 083003 | CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL° POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADO R VIA ANTERIOR-HONORARIOS MEDICOS CIRUJANO-UND:NAR | 1.00     | 225,000.00     |       | 225,000.00   |
| 5               | 083804 | BLEFAROPLASTIA SUPERIOR-DERCHOS DE SALA-UND:NAR                                                                      | 1.00     | 1,173,200.00   |       | 1,173,200.00 |
| 6               | 083804 | BLEFAROPLASTIA SUPERIOR-HONORARIOS ANESTESIOLOGO-UND:NAR                                                             | 1.00     | 469,280.00     |       | 469,280.00   |
| 7               | 083804 | BLEFAROPLASTIA SUPERIOR-HONORARIOS MEDICOS CIRUJANO-UND:NAR                                                          | 1.00     | 800,000.00     |       | 800,000.00   |
| TOTAL LÍNEAS: 7 |        |                                                                                                                      |          |                |       |              |



COD1516562

**OBSERVACIONES:**

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| SUBTOTAL               | 4,054,230.00        |
| DESCUENTO              | 0.00                |
| IVA                    | 0.00                |
| IMP. CONSUMO           | 0.00                |
| <b>TOTAL FACTURADO</b> | <b>4,054,230.00</b> |
| COP/MOD/REC            | 0.00                |
| <b>TOTAL A PAGAR</b>   | <b>4,054,230.00</b> |

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA 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-1516562-01 Prog: cfafac Usuario: facrips JAREN KARIME CARDENAS CARVAJAL 2021-12-09 16:27:59 s

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

Fecha validación DIAN: 2021/12/09 4:28:17 p. m.