PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 3 del 20/08/2024	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	**Dirección Regional Nariño.**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**SONIA NARDET VITERI ROSERO**
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	N/A
CONTRATO No:	**CO1.PCCNTR.6246429 DEL 2024**
TIPO DE CONTRATO:	**Minima Cuantia**
OBJETO:	Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios medico quirúrgicos para adultos, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorizacióndel médico asesor del SENA Regional Nariño
VALOR:	$ 130.000.000
CONTRATISTA:	**PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. PROINSALUD S.A S**
NIT:	800.176.807-4
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Municipio de Pasto – SENA Regional Nariño
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	24 de abril del 2024
FECHA DE INICIO:	25 de abril del 2024
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	25 de abril del 2024 al 31 de diciembre del año 2024
FORMA DE PAGO:	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a pagar el valor del contrato subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto de la siguiente manera: El Sena pagará dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista cuando esta se deba expedir, previa recepción de los servicios a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Además, el contratista debe anexar la certificación de pago de los aportes parafiscales, seguridad social (esto en cumplimiento de las leyes 789 de 2002 y 828 de 2003). El pago estará sujeto a la disponibilidad de PAC. El SENA efectuará las retenciones que en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su

	obligación efectuar la retención. En los demás casos, el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación, si es del caso. Deberán ser tramitadas por el CONTRATISTA, las devoluciones o exenciones a que crea tener derecho ante la respectiva Administración de Impuestos, sin responsabilidad alguna por parte del SENA o costo para ella. Todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la constitución de la garantía única de cumplimiento en caso de que se le requiera, son de cargo exclusivo del CONTRATISTA. Por lo tanto, los precios que se propongan deberán considerar tales conceptos. En el evento de que las facturas no estén correctamente diligenciadas o no se acompañen de los documentos exigidos como requisito para el pago, el término para el mismo sólo empezará a contar a partir de la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y, las mismas, no generarán pago de intereses o compensación alguna por parte del SENA. La factura deberá expedirse a nombre del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, NIT 899.999.034-1, y cumplir con lo estipulado en el artículo 616-1 y 617 del estatuto tributario. Nota 1: El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta que indique el contratista, para lo cual deberá entregar al SENA, dentro del término que indique la Entidad, una certificación bancaria vigente, con fecha de expedición no mayor a 30 días. Nota 2: Para la realización del pago derivado del presente contrato, el contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de los aportes parafiscales y a lo relativo al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.Nota 3. Deberán cumplir con el cargue de los documentos requeridos para el cobro en la respectiva línea de pago en el expediente digital del SECOP, dichos documentos se identifican como FV, GF y GF. Documentos que se apoyan en su proyección desde el área de contratación del centro de formación pero que serán agrupados con la totalidad de documentos que los contienen, así: FV: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFEGF: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE, comprobante de pago

	de la seguridad social del periodo, certificado de paz y salvo por los últimos 6 meses de los aportes parafiscales, si el certificado va firmado por contador y/o revisor fiscal se acompañará de la tarjeta profesional y del certificado de antecedentes de JCC, RUT con expedición inferior a 180 días, Certificación Bancaria con expedición inferior a 3 meses. GC: Informe de supervisión y evidencias de entrega y cumplimiento del bien o servicio. Nota 3: En todo caso, los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), aprobado por la Dirección General de la Entidad y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

OBLIGACIONES (Incluya todas las obligaciones contractuales)	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
El contratista deberá presentar junto con el pago el soporte o recibo de cancelación de la planilla de las obligaciones al Sistema de Seguridad Social (salud, pensión y riesgos laborales orden de atención expedida por el médico asesor de la Regional Nariño, la cual será válida por un mes		**documentos presentados y revisados**
El Contratista deberá entregar a la Entidad con el pago Certificación del Nivel de Riesgo al cual pertenece, emitida por la ARL con fecha de expedición no mayor a 30 días calendario		**documentos presentados y revisados**
El contratista deberá presentar la factura electrónica validada		**documentos presentados y verificados**

previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados		
El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a beneficiarios del servicio médico asistencial		
Prestar los de servicios de urgencias, hospitalización y servicios medico quirúrgicos para adultos, diga y pro para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos, mediante el carné vigente y la orden de atención expedida por el médico asesor de la Regional Nariño, la cual será válida por un mes		**El cual será prestado por medio de por ordenes de autorización las cuales son generadas por la medica asesora del sena las cuales deben ser acompañadas por los documentos que identifiquen al beneficiario como son copia de cedula y carnet**
En caso de solicitar ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, debe anexar por escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud contrato, de conformidad con las normas vigentes. .		

Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo		
Permitir el acceso a los registros, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados		**Los documentos fueron presentados y revisados**
Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenes de atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la factura subir a la plataforma SECOP II. Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas		**Cuentas de cobro presentadas por la empresa las cuales deben ser cargadas en la plataforma secop2 con todos sus soportes solicitados**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad		**El contratista debe realizar la verificación solicitando al beneficiario la copia del carnet y de la cedula**
El contratista deberá presentar y mantener vigentes los permisos o licencias exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado		

Realizar entrega de resultados con oportunidad y facilidad de acceso a los reportes al paciente y/o al Servicio Médico Asesor de la Entidad dentro de las 72 horas posteriores a la toma de la muestra, a excepción de aquellos casos que por su proceso especializado requieran más tiempo para reportar		
La atención de los servicios de urgencias, hospitalización y servicios medico quirúrgicos para adultos, será prestada a los beneficiarios de la Regional Nariño y los beneficiarios de otras Regional debidamente autorizados		**Por medio de orden de autorización expedida por la medica asesora**
No se aplicará copagos a los beneficiarios del SMA de conformidad a la Resolución 1-00824 de 2022		
La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos y/o Guías Médicas, aceptados en salud para el manejo de pacientes		
Cumplir con la implementación de políticas de seguridad del paciente		
Todas aquellas obligaciones inherentes al contrato y necesarias para la correcta ejecución del objeto de este		

FECHA	No. DE FACTURA	VALOR A CANCELAR	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
Mes de Julio 2024	**Cuenta de cobro 9662**	**$ 2.997.145**	**$ 6.986.952**	**$ 123.013.048**	

OBSERVACIONES

En desarrollo de las funciones de supervisión me permito certificar mediante la presente Acta que: EL CONTRATISTA **PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. PROINSALUD S.A S identificado con NIT N°. 800.176.807-4** ha cumplido a satisfacción con el objeto del contrato Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios medico quirúrgicos para adultos, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño, Identificado al inicio de esta acta, razón por la cual se le debe reconocer por concepto de pago la cuenta de cobro número **9662 correspondiente a la mes de julio** del 2024 por la suma de **($2.997.145)** correspondiente al cumplimiento del objeto contractual.

Adicional a lo anterior, certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto del pago solicitado, y que es procedente la ordenación de pago respectiva, Igualmente certifico que **se ha dado cumplimiento a las obligaciones señaladas en el Manual de Supervisión e Interventoría del SENA y el Estatuto Anticorrupción**, y entre las cuales se encuentra la verificación de que el contratista se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, aportes parafiscales



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

Supervisor: **SONIA NARDET VITERI ROSERO**

Cargo: **LIDER SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

CC No. **30728850**

Elaboró: Diego Guerrero Ch.

Revisó: Sonia Nardet Viteri R.

cargo: líder SMA y SST

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

NIT : 800,176,807 - 4
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO
PASTO-NARIÑO - COLOMBIA
6027336200 7336200
facturacion.electronica@proinsalud.co
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8610 Tarifa 6,00

Cliente	SENA		
NIT	899,999,034 - 1	**Teléfono**	7310124
Dirección	CALLE PRINCIPAL PASTO	**Vendedor**	VENDEDOR PROINSALUD
Ciudad	PASTO-NARIÑO - COLOMBIA	**Centro Costo**	1.201
Correo	proinsalud@proinsalud.co		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 62345

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-07-30	11:29:02
Expedición	2024-07-30	23:17:09
Vencimiento	2024-07-30	

Item	Codigo	Descripcion	Und	Cantidad	V. Unit	Valor Total
1	4105100102	39145 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	72,600.00	72,600.00
2	4125100310	19304 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUEN	UND	1.00	30,600.00	30,600.00
3	4125100310	19891 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	36,100.00	36,100.00
4	4125100310	19792 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	43,800.00	43,800.00
5	4125100310	19224 CLORO	UND	1.00	14,000.00	14,000.00
6	4125100310	19177 CALCIO IONICO	UND	1.00	26,200.00	26,200.00

Total Items 6

Total Bruto	223,300.00
Total a Pagar	**$ 223.300,00**

CONDICION DE PAGO

Credito	Eps Subsidiado 130206	Otro*	Cuota 1 F - 010- 62345 Vence el 2024-07-30	223.300,00

VALOR EN LETRAS

Doscientos Veintitres Mil Trescientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 1085347072 ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ Edad: 24 Servicio: URGENCIAS Ingreso: 2024-07-06 Egreso: 2024-06-06 Dx: R202 PARESTESIA DE LA PIEL Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

Firma Elaborado por : PROCESOS GENERA

Firma Recibido

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18764059621145 **aprobado en** 2023-11-09 **hasta el** 2024-11-08, **vigencia** 1 Años, **prefijo** FE **desde el número** 42077 **al** 100000

CUFE:638c30a25eb8a35a5787650b421c1db538ca3ea7b45ee343e7d1641828671c467c3c6516929a3efa81f85432e7e360b7

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 10/07/2024 Factura Nro: **FE 62345**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566

FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

Admisin:	Identificacin: 1085347072	Autorizacin:
Nombre: ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ	Fecha Nacimiento: 04/10/1999	Edad: 24 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 06/07/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 06/06/2024	Rgimen: 1
Dx: R202 PARESTESIA DE LA PIEL		Servicio: URGENCIAS

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		URGENCIAS			
		Laboratorio			
	19304	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	30,600	30,600
	19891	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	36,100	36,100
	19792	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	43,800	43,800
	19224	CLORO	1	14,000	14,000
	19177	CALCIO IONICO	1	26,200	26,200
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39145	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	72,600	72,600

CONTROLADO

SUBTOTAL:	223,300
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**223,300**

SON: DOSCIENTOS VEINTITRES MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE

Firmas: KAREM VANESSA VELASQUEZ ERASO
Facturador

ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.085.347.072**

MELENDEZ DIAZ

APELLIDOS

ANDREA CAMILA

NOMBRES



Andrea Camila Melendez D

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1999**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-OCT-2017 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2300100-00949455-F-1085347072-20171026 **0058**258935A 1 49166119

Powered by CamScanner

REGIONAL NARIÑO

Andrea Camila
Melendez Diaz



DOCUMENTO N°
1.085.347.072
Tipo de Sangre: O+

04/10/1999
Fecha de Nacimiento

Servicio Medico
Asistencial

Servicio Nacional de Aprendizaje

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. _____ LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 6/05/2024

TIPO DE SERVICIO				
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS	CONSULTA T.O ☐	
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA	PARA E.P. ☐	
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐	

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
PROINSALUD S.A.S	PROCEDIMIENTO QX	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A: LUISA MARIA JURADO MARTINEZ	CARNE No. 12966675-C
FAMILIAR DE. JOSEFELIX JURADO	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☒

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, VALORADA POR OTORRINOLARINGOLOGIA CLINICA PABON QUIEN INDICA AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA ****ANEXAR HISTORIA CLINICA DE ESPECIALIDAD***

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J. Montero
Medica General
RM 1094905073
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADO

RECIBI _____

C.C.No. 1004508261.

FE75230

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

NIT : 800,176,807 - 4
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO
PASTO-NARIÑO - COLOMBIA
6027336200 7336200
facturacion.electronica@proinsalud.co
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8610 Tarifa 6,00

Cliente	SENA		
NIT	899,999,034 - 1	**Teléfono**	7310124
Dirección	CALLE PRINCIPAL PASTO	**Vendedor**	VENDEDOR PROINSALUD
Ciudad	PASTO-NARIÑO - COLOMBIA	**Centro Costo**	1.201
Correo	proinsalud@proinsalud.co		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 75230

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-07-24	14:08:56
Expedición	2024-07-24	14:54:34
Vencimiento	2024-07-24	

Item	Codigo	Descripcion	Und	Cantidad	V. Unit	Valor Total
1	4120102202	3601 AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	UND	1.00	1,601,100.00	1,601,100.00
2	4120102202	3601 AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	UND	1.00	1,045,400.00	1,045,400.00

Total Items 2

Total Bruto	2,646,500.00
Total a Pagar	**$ 2.646.500,00**

CONDICION DE PAGO

Credito | Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 75230 Vence el 2024-07-24 | 2.646.500,00

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Seiscientos Cuarenta Y Seis Mil Quinientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 1004508261 LUISA MARIA JURADO MARTINEZ Edad: 22 Servicio: QUIROFANO Ingreso: 2024-07-10 Egreso: 2024-07-10 Dx: J350 AMIGDALITIS CRONICA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 4 Tp.Afiliacion: C

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**. 18764059621145 **aprobado en** 2023-11-09 **hasta el** 2024-11-08, **vigencia** 1 Años, **prefijo** FE **desde el número** 42077 **al** 100000

CUFE :e648ad9f576c92edc6288ec01b4738dc2bf852865d07c76a43ecd605d74c40fa25434ae152338678413c6cb63489ea7e

ORIGINAL

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

Fecha Elaboracin de Factura: 23/07/2024 Factura Nro: **FE 75230**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566

FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

Admisin:	Identificacin: 1004508261	Autorizacin:
Nombre: LUISA MARIA JURADO MARTINEZ	Fecha Nacimiento: 11/12/2001	Edad: 22 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 10/07/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 10/07/2024	Rgimen: 4
Dx: J350 AMIGDALITIS CRONICA		Servicio: QUIROFANO

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		QUIROFANO			
		Procedimiento Quirúrgico			
	3601	AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	1	1,601,100	1,601,100
	07	HONORARIOS CIRUJANO		331,500	
	07	HONORARIOS ANESTESIOLOGO		195,200	
	07	HONORARIOS AYUDANTE		87,300	
	07	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA		621,700	
	07	MATERIAL QUIRURGICO		365,400	
	3601	AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	1	1,045,400	1,045,400
	07	HONORARIOS CIRUJANO		248,625	
	07	HONORARIOS ANESTESIOLOGO		146,400	
	07	HONORARIOS AYUDANTE		65,475	
	07	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA		310,850	
	07	MATERIAL QUIRURGICO		274,050	

CONTROLADO

SUBTOTAL:	2,646,500
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**2,646,500**

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE

Firmas: YANET CORAL
Facturador

LUISA MARIA JURADO MARTINEZ

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

NIT : 800,176,807 - 4
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO
PASTO-NARIÑO - COLOMBIA
6027336200 7336200
facturacion.electronica@proinsalud.co
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8610 Tarifa 6,00

Cliente	SENA		
NIT	899,999,034 - 1	**Teléfono**	7310124
Dirección	CALLE PRINCIPAL PASTO	**Vendedor**	VENDEDOR PROINSALUD
Ciudad	PASTO-NARIÑO - COLOMBIA	**Centro Costo**	1.201
Correo	proinsalud@proinsalud.co		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 87487

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-08-09	02:09:44
Expedición	2024-08-09	08:50:19
Vencimiento	2024-08-09	

Item	Codigo	Descripcion	Und	Cantidad	V. Unit	Valor Total
1	4105100102	39145 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	72,600.00	72,600.00
2	4105010102	29523-03 SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0.9 %/1	UND	1.00	3,960.00	3,960.00
3	4105010202	3000055000005 JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	UND	2.00	480.00	960.00
4	4105010202	3000055000009 JERINGA DESECHABLE 5ml 21G x 1 1/2	UND	1.00	830.00	830.00
5	4120103602	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	UND	1.00	19,295.00	19,295.00
6	4105100302	39202 DERECHOS DE SALA CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	UND	1.00	26,200.00	26,200.00
7	4105010102	20019105-06 DEXAMEtasona 8 mg/2ml SOLUCION INYECTA	UND	1.00	3,500.00	3,500.00

Total Items 7

Total Bruto	127,345.00
Total a Pagar	**$ 127.345,00**

CONDICION DE PAGO

Credito	Eps Subsidiado 130206	Otro*	Cuota 1 F - 010- 87487 Vence el 2024-08-09	127.345,00

VALOR EN LETRAS

Ciento Veintisiete Mil Trescientos Cuarenta Y Cinco Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 87067469 DARIO JAVIER CARVAJAL TORO Edad: 39 Servicio: URGENCIAS Ingreso: 2024-07-21 Egreso: 2024-07-21 Dx: T158 CUERPO EXTRANO EN OTRAS Y EN MULTIPLES PARTES DE P Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.A

Firma Elaborado por : PROCESOS GENERA

Firma Recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18764059621145 **aprobado en** 2023-11-09 **hasta el** 2024-11-08, **vigencia** 1 Años, **prefijo** FE **desde el número** 42077 **al** 100000

CUFE :4df1eed713e20180e0ae65595f3c55b898d83f9b38a32849dc62e3a54f584a6103b2b30a8a735918546fd743ac283f94

ORIGINAL

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

Fecha Elaboracin de Factura: 30/07/2024 Factura Nro: **FE 87487**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566

FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

Admisin:	Identificacin: 87067469	Autorizacin:
Nombre: DARIO JAVIER CARVAJAL TORO	Fecha Nacimiento: 20/12/1984	Edad: 39 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 21/07/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 21/07/2024	Rgimen: 1
Dx: T158 CUERPO EXTRANO EN OTRAS Y EN MULTIPLES PARTES DE PARTE EXTERNA DEL OJO		Servicio: URGENCIAS

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		URGENCIAS			
		Otros Procedimientos			
		IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	1	19,295	19,295
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39145	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	72,600	72,600
		Derechos de Sala y Materiales			
	39202	DERECHOS DE SALA CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	1	26,200	26,200
		Insumos			
	3000055000005	JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	2	480	960
	3000055000009	JERINGA DESECHABLE 5ml 21G x 1 1/2	1	830	830
		Medicamentos			
	29523-03	SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0,9 %/100 ml*100 ml SOLUCION INYECTABLE N/A	1	3,960	3,960
	20019105-06	DEXAMEtasona 8 mg/2ml SOLUCION INYECTABLE N/A	1	3,500	3,500

CONTROLADO

SUBTOTAL:	127,345
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**127,345**

SON: CIENTO VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS MCTE

Firmas: WILLIAM ALEXANDER CAICEDO ANDRADE
Facturador

DARIO JAVIER CARVAJAL TORO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 87.067.469

CARVAJAL TORO

APELLIDOS

DARIO JAVIER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1984

SAMANIEGO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O-	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-ENE-2003 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00732515-M-0087067469-20150812 0045777981A 1 6833521955

Powered by CamScanner

31537640-C

REGIONAL NARIÑO

Dario Javier
Carvajal Toro



DOCUMENTO N°
87.067.469 de Pasto
Tipo de Sangre: O-

20/12/1984
Fecha de Nacimiento

Servicio Medico
Asistencial

Servicio Nacional de Aprendizaje

Powered by CamScanner