



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
3a9e7e5afc5f76d2a862a7048cdce1c499b465cca022429acb81b48e35aa25c6a460ac531d5ee5
ab25a54275aff8d82c

Pag 1 / 1

Datos Tercero					Datos Factura				
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA					Fecha Validacion Dian : 2024-09-17 16:59:46				
Identificación: 899999034-1					Fecha Vencimiento : 17/10/2024				
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51					Forma de pago : Credito				
Ciudad : SOGAMOSO									
Teléfono: 704035-707235									

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
Datos Paciente					Datos Atención				
Nombre: PEREZ PIRAGAUTA MARIA LEONOR					Via Ingreso: CONSULTA ESPECIALISTA				
Identificación: CC52317293					F ingreso: 05/08/2024				
Dirección : CARRERA 11 N° 29 - 11 SUR					F. Salida : 05/08/2024				
Ciudad : SOGAMOSO Teléfono: 3208293225 - 3115720895					Historia : T-244059				
890276	Consulta Oftalmología	05/08/2024	682	1.00	155.000	155.000			155.000
Total PEREZ PIRAGAUTA MARIA LEONOR									155.000

Observaciones					Valores Finales				
T238					Sub Total				155.000
					Descuento				0
					Copago / Abono				
					Cuota Moderadora				
					Total Factura				155.000
Responsable / Aprueba					Firma y Sellc				
Johanna Reyes Guarín					C.C. O NIT.				
					SON: Ciento Cincuenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 ****				



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
ad075d6c1b061c9cd361fa60061c45ad2fbf7356e6dc58a8018b42e22757030dc3e0fd03205dc5
56cb924fa82fed1c37

Pag 1 / 1

Datos Tercero
Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificación: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura
Fecha Validacion Dian : **2024-09-20 16:50:37**
Fecha Vencimiento : **20/10/2024**
Forma de pago : **Credito**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente
Nombre: **ESPITIA DERAMIREZ OTILIA**
Identificación: **CC 23852149**
Dirección : **CARRERA 19 N° 16- 42**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3202732071-3114749696 7851682**

Datos Atención
Via Ingreso: **LABORATORIO CLÍNICO**
F ingreso: **04/09/2024**
F. Salida :
Historia : **00014133**

901236	Urocultivo Con Recuento De Colonias	04/09/2024	1,00	81.360	81.360	0	81.360
903895	Creatinina En Suero U Otros Luidos	04/09/2024	1,00	17.820	17.820	0	17.820
903426	Hemoglobina Glicosilada	04/09/2024	1,00	68.220	68.220	0	68.220
907106	Parcial De Orina Incluido Sedimento	04/09/2024	1,00	19.890	19.890	0	19.890
901003	Antibiograma	04/09/2024	1,00	38.610	38.610	0	38.610

Observaciones
T238 AUTORIZACIÓN N° 759.

Responsable / Aprueba

Merchan Vargas Martha Isabel

Aceptada
FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Valores Finales
Sub Total 225.900
Descuento 0
Copago / Abono
Cuota Moderadora 0
Total Factura 225.900

SON: Doscientos Veinte y Cinco Mil, Novecientos Pesos con 00/100 *****



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
b5ff76625a63a3059b4fe7ec027d0e2066e2fdf845ec007b4a0285009e54795150d20abbe1607e63c90d302fbf34f0a1

Pag 1 / 1

Datos Tercero	Datos Factura
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha Validacion Dian : 2024-09-30 10:54:42
Identificacion: 899999034-1	Fecha Vencimiento : 30/10/2024
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51	Forma de pago : Credito
Ciudad : SOGAMOSO	
Teléfono: 704035-707235	

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
Datos Paciente									
Nombre: CASTILLO FIGUEROLO TERESA ESPERANZA									
Identificación: CC 46360288									
Dirección : CARRERA 12 N° 5 - 22									
Ciudad : SOGAMOSO Teléfono: 3215020856 - 3142810741									
Datos Atención									
Via Ingreso: CONSULTA ESPECIALISTA									
F ingreso: 11/09/2024									
F. Salida : 11/09/2024									
Historia : T-96539									
890242	Consulta Dermatologia	11/09/2024	770	1.00	155.000	155.000		0	155.000
Total CASTILLO FIGUEROLO TERESA ESPERANZA									155.000

Observaciones	Valores Finales
T238	Sub Total 155.000
	Descuento 0
	Copago / Abono
	Cuota Moderadora 0
	Total Factura 155.000
Responsable / Aprueba	SON: Ciento Cincuenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 * * * *
 Johanna Reyes Guarín	* * * * *
FIRMA Y SELLO	* * * * *
C.C. O NIT.	



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
f935448b1093d4a442b65321ed9cd79bbdbfaedbeddbc96f49d1a51a7d4c218c557d81e96724cd
95b1a08ae9e9bf1de9

Pag 1 / 1

Datos Tercero	Datos Factura
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha Validacion Dian : 2024-09-30 10:58:26
Identificacion: 899999034-1	Fecha Vencimiento : 30/10/2024
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51	Forma de pago : Credito
Ciudad : SOGAMOSO	
Teléfono: 704035-707235	

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente	Datos Atención
Nombre: JIMENEZ CORREDOR EMILIANO ANTONIO	Via Ingreso: CONSULTA ESPECIALISTA
Identificación: CC 13446479	F ingreso: 07/09/2024
Dirección : CALLE 14 No. 10-36	F. Salida : 07/09/2024
Ciudad : SOGAMOSO Teléfono: 3107634263 - 3138219558	Historia : T-103063

890294	Consulta Urologia	07/09/2024	637	1.00	155.000	155.000		0	155.000
Total JIMENEZ CORREDOR EMILIANO ANTONIO									155.000

Observaciones	Valores Finales
T238	Sub Total 155.000
	Descuento 0
	Copago / Abono
	Cuota Moderadora 0
	Total Factura 155.000
Responsable / Aprueba	SON: Ciento Cincuenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 ****
 Lady Johanna Reyes Guarín	*****
FIRMA Y SELLO C.C. O NIT.	*****



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
74a149b4d25d4c1d9b866464cccaa13930b1a6ff7981f83a06ddc1a8eed291d3658d21f936dc93f
3b33d25446ff19954

Pag 1 / 1

Datos Tercero	Datos Factura
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha Validacion Dian : 2024-09-30 11:06:08
Identificación: 899999034-1	Fecha Vencimiento : 30/10/2024
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51	Forma de pago : Credito
Ciudad : SOGAMOSO	
Teléfono: 704035-707235	

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente	Datos Atención
Nombre: ESPITIA DERAMIREZ OTILIA	Via Ingreso: CONSULTA ESPECIALISTA
Identificación: CC 23852149	F ingreso: 17/09/2024
Dirección : CARRERA 19 N° 16- 42	F. Salida : 17/09/2024
Ciudad : SOGAMOSO Teléfono: 3202732071-3114749696 7851682	Historia : 00014133

890266	Consulta Medicina Interna	17/09/2024	760	1.00	155.000	155.000		0	155.000
Total ESPITIA DERAMIREZ OTILIA									155.000

Observaciones	Valores Finales
T238	Sub Total 155.000
	Descuento 0
	Copago / Abono
	Cuota Moderadora 0
	Total Factura 155.000
Responsable / Aprueba	SON: Ciento Cincuenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 * * * *
 Lady Johanna Reyes Guarín	* * * * *
FIRMA Y SELLO	* * * * *
C.C. O NIT.	



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
c60fdab85377e8c70cc374391fa126c4b6b144a0eb12ea9c861905fab213741f35b758448f09679
f92d4d378c27eef99

Pag 1 / 1

Datos Tercero	Datos Factura
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha Validacion Dian : 2024-09-30 11:15:00
Identificación: 899999034-1	Fecha Vencimiento : 30/10/2024
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51	Forma de pago : Credito
Ciudad : SOGAMOSO	
Teléfono: 704035-707235	

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente	Datos Atención
Nombre: ESPITIA DERAMIREZ OTILIA	Via Ingreso: CONSULTA ESPECIALISTA
Identificación: CC 23852149	F ingreso: 17/09/2024
Dirección : CARRERA 19 N° 16- 42	F. Salida : 17/09/2024
Ciudad : SOGAMOSO Teléfono: 3202732071-3114749696 7851682	Historia : 00014133

890206	Determinacion Del Regimen Dietetico	17/09/2024	758	1.00	65.000	65.000		0	65.000
Total ESPITIA DERAMIREZ OTILIA									65.000

Observaciones	Valores Finales
T238	Sub Total 65.000
	Descuento 0
	Copago / Abono
	Cuota Moderadora 0
	Total Factura 65.000
Responsable / Aprueba	SON: Sesenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 * * * * *
	* * * * *
FIRMA Y SELLO	* * * * *
C.C. O NIT.	



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
41e8cdbc1d0a3ac67a2e8a731d931f75ab439e188a30e5e4babe2e48539b7f4bba557fd1b07e88
e65c7cc2324a073731

Pag 1 / 1

Datos Tercero	Datos Factura
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha Validacion Dian : 2024-09-30 11:32:27
Identificacion: 899999034-1	Fecha Vencimiento : 30/10/2024
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51	Forma de pago : Credito
Ciudad : SOGAMOSO	
Teléfono: 704035-707235	

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente	Datos Atención
Nombre: REYES DESALAZAR LUZ LEONILDE	Via Ingreso: CONSULTA ESPECIALISTA
Identificación: CC 37818102	F ingreso: 20/09/2024
Dirección : CARRERA 2 32 49	F. Salida : 20/09/2024
Ciudad : SOGAMOSO Teléfono: 300 200 36 75	Historia : T-93882

890266	Consulta Medicina Interna	20/09/2024	703	1.00	155.000	155.000		0	155.000
Total REYES DESALAZAR LUZ LEONILDE									155.000

Observaciones	Valores Finales
T238	Sub Total 155.000
	Descuento 0
	Copago / Abono
	Cuota Moderadora 0
	Total Factura 155.000
Responsable / Aprueba	SON: Ciento Cincuenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 * * * *
	* * * * *
FIRMA Y SELLO C.C. O NIT.	* * * * *



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
932f71cc2125d9ac10756db05a7e5071bc65f33280f830b98d2a3f153312c4ad889f568ce917840
78936c124aeee043a

Pag 1 / 1

Datos Tercero					Datos Factura				
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA					Fecha Validacion Dian : 2024-09-30 11:51:33				
Identificación: 899999034-1					Fecha Vencimiento : 30/10/2024				
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51					Forma de pago : Credito				
Ciudad : SOGAMOSO									
Teléfono: 704035-707235									

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente					Datos Atención				
Nombre: ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA					Via Ingreso: URGENCIAS				
Identificación: CC 42101739					F ingreso: 11/09/2024				
Dirección : PUEBLITO BOYACENSE					F. Salida : 11/09/2024				
Ciudad : SOGAMOSO					Historia : T-70683				
Teléfono: 3146620454 3147471332									

890701	Consulta De Urgencias Medicina General	11/09/2024	864	1.00	73.300	73.300	0	73.300
32375-4	Diclofenaco Sodico 75 Mg/3ml Solucion Inyectable	11/09/2024		1.00	700	700		700
308027	Jeringa Desechable X 3 Ml	11/09/2024		1.00	550	550		550
315267	Histoacryl 0.5ml	11/09/2024		1.00	4.765	4.765		4.765

Observaciones					Valores Finales				
T238 AUTORIZACIÓN N° 864					Sub Total				
					Descuento				
					Copago / Abono				
					Cuota Moderadora				
					Total Factura				
					79.315				
					SON: Setenta y Nueve Mil, Trescientos Quince Pesos con				
					00/100 *****				

 **Responsable / Aprueba**  **Aceptada**
FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
efc783a10e1ec8ed31f423c7f1734c9c95192715e79e9d4fd9656e19bb3ca201d1792deb3c309d7
931b33bd705f22a04

Pag 1 / 1

Datos Tercero

Nombre:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Identificación:

899999034-1

Dirección :

CARRERA 12 # 55A - 51

Ciudad :

SOGAMOSO

Teléfono:

704035-707235

Datos Factura

Fecha Validacion Dian :

2024-09-30 15:19:47

Fecha Vencimiento :

30/10/2024

Forma de pago :

Credito

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

— Datos Paciente —		— Datos Atención —	
Nombre:	PUENTES DE BALAGUERA ELCIDA	Via Ingreso:	URGENCIAS
Identificación:	CC 23322105	F ingreso:	15/09/2024
Dirección :	VEREDA SAN LORENZO DE ABAJO	F. Salida :	15/09/2024
Ciudad :	SOGAMOSO	Historia :	T-133918
	Teléfono: 3242589932 - 3124398780 - 3143395114		

890701	Consulta De Urgencias Medicina General	15/09/2024	885	1.00	73.300	73.300	0	73.300
902208	Hemograma Ii [hemoglobina Hematocrito	15/09/2024		1.00	30.870	30.870	0	30.870
902045	Protrombina Tiempo Pt	15/09/2024		1.00	44.910	44.910	0	44.910
902049	Tromboplastina Tiempo Parcial (ptt)	15/09/2024		1.00	43.650	43.650	0	43.650
903856	Nitrogeno Ureico En Sangre	15/09/2024		1.00	14.850	14.850	0	14.850
903895	Creatinina En Suero U Otros Luidos	15/09/2024		1.00	17.820	17.820	0	17.820
879111	Tac Craneo Simple	15/09/2024		1.00	621.810	621.810	0	621.810
20018966-1	Oximetazolina 0.5mg/ml Adultos Frasco X 15 Ml	15/09/2024		0.01	5.483	37		37
32375-4	Diclofenaco Sodico 75 Mg/3ml Solucion Inyectable	15/09/2024		1.00	700	700		700
19955429-5	Enalapril 20 Mg Tabletas	15/09/2024		1.00	235	235		235
19995299-4	Clonidina 0,150 Mg Tableta	15/09/2024		1.00	262	262		262
29523-5	Solucion Salina Normal X Bolsa X 500 Ml	15/09/2024		1.00	3.138	3.138		3.138
303113	Cateter Intravenoso # 22	15/09/2024		1.00	3.850	3.850		3.850
304069	Equipo De Macrogoteo	15/09/2024		1.00	3.600	3.600		3.600
308037	Jeringa Desechable X 5 Ml	15/09/2024		1.00	650	650		650

 Observaciones		 Valores Finales	
T238 AUTORIZACIÓN N° 885			
		Sub Total	859.682
		Descuento	0
		Copago / Abono	
		Cuota Moderadora	0
		Total Factura	859.682
 Responsable / Aprueba		 Aceptada	
 Vargas, Gómez Lineth Marcela		FIRMA Y SELLO C.C. O NIT.	
		SON: Ochocientos Cincuenta y Nueve Mil, Seiscientos Ochenta y Dos Pesos con 00/100 ***** *****	



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
077d8c0fa4a37e12ec9d1a06bc752c8ba956c1c1407770e6180f6787f58554b73b9a5daf360fec3
ea53ff27dcbc5dadab

Pag 1 / 1

Datos Tercero				Datos Factura			
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				Fecha Validacion Dian : 2024-10-02 09:13:46			
Identificación: 899999034-1				Fecha Vencimiento : 01/11/2024			
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51				Forma de pago : Credito			
Ciudad : SOGAMOSO							
Teléfono: 704035-707235							

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente				Datos Atención			
Nombre: DIAZ IVAN RODRIGO				Via Ingreso: CIRUGÍA AMBULATORIA			
Identificación: CC 9532349				F ingreso: 14/09/2024			
Dirección : carrera 9 bis número 23-48				F. Salida :			
Ciudad : SOGAMOSO				Historia : T-243044			
Teléfono: 3208458277 y 3102166224							

860102	Biopsia Incisional O Escisional De Piel Tejido	14/09/2024		1,00	0	0	0	0
S41101	Honorarios Dermatología Grupo 02	14/09/2024		1,00	98.100	98.100	0	98.100
S23203	Derechos De Sala Cirugia Grupo 02	14/09/2024		1,00	73.022	73.022	0	73.022
C5	Materiales De Sutura Y Curacion Medicamentos Y	14/09/2024		1,00	77.490	77.490	0	77.490
898201	Estudio De Coloracion Basica En Especimen De	14/09/2024		1,00	137.070	137.070	0	137.070

Observaciones				Valores Finales			
T238 AUTORIZACION N 650				Sub Total			
				Descuento			
				Copago / Abono			
				Cuota Moderadora			
				Total Factura			
				385.682			

Responsible / Approve  **FIRMA Y SELLO**

Accepted  **C.C. Ó NIT.**

SON: Trescientos Ochenta y Cinco Mil, Seiscientos Ochenta y Dos Pesos con 00/100 *****



Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41

PBX. (608) 7 63 23 01

Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co

Duitama - Boyaca - Colombia



FACTURA ELECTRÓNICA DE

VENTA No.:
FEVC544497

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRÓNICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :

c43f41b670d9c57efef0af8ff028d06a23821be9e20f84b494abbd1c37a5daabaf6f0379768c1114
43a22c0e6a83c66d

Pag 1 / 1



Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificación: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**



Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-10-02 16:07:12**
Fecha Vencimiento : **01/11/2024**
Forma de pago : **Credito**



Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificación: **CC9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**



Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA EXTERNA**
F ingreso: **06/09/2024**
F. Salida :
Historia : **T-34528**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
579501	Reemplazo De Dispositivo Urinario (vesical)	06/09/2024		1,00	38.610	38.610		0	38.610
314109	Sonda Foley X 2 Vias # 18	06/09/2024		1,00	4.500	4.500			4.500
Total SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS									43.110



Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 823.



Valores Finales

Sub Total	43.110
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	43.110



Responsable / Aprueba



Aceptada

Merchan Vargas Martha Isabel

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

SON: Cuarenta y Tres Mil, Ciento Diez Pesos con 00/100 **



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
252acf00379ab2d2895a46a79857ea30dd57457a7aa3c7a7ebfe5909cf9606f1f329f8abeaf2103
1d03e5bc7dfe6000

Pag 1 / 1

Datos Tercero

Nombre:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Identificación:

899999034-1

Dirección :

CARRERA 12 # 55A - 51

Ciudad :

SOGAMOSO

Teléfono:

704035-707235

Datos Factura

Fecha Validacion Dian :

2024-10-02 16:41:01

Fecha Vencimiento :

01/11/2024

Forma de pago :

Credito

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente

Nombre:

SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS

Identificación:

CC9513389

Dirección :

CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25

Ciudad :

SOGAMOSO

Teléfono:

3112096870 - 3138163102-

Datos Atención

Via Ingreso:

CONSULTA EXTERNA

F ingreso:

17/09/2024

F. Salida :

Historia :

T-34528

579501	Reemplazo De Dispositivo Urinario (vesical)	17/09/2024	891	1,00	38.610	38.610	0	38.610
--------	---	------------	-----	------	--------	--------	---	--------

Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 891.

Valores Finales

Sub Total

38.610

Descuento

0

Copago / Abono

Cuota Moderadora

0

Total Factura

38.610

Responsable / Aprueba



FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

SON: Treinta y Ocho Mil, Seiscientos Diez Pesos con 00/100

TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7602944 - 7602579 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com
02/10/2024 04:43:12 p.m. Martha Isabel Merchan Vargas



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
c3213eef8eef7f8818803f104fa03a5b52135931f429b8853b4bc1c593150ca7231fbe85483cfe77
8d28e48c548a4df8

Pag 1 / 1

Datos Tercero	Datos Factura
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha Validacion Dian : 2024-10-02 17:16:21
Identificacion: 899999034-1	Fecha Vencimiento : 01/11/2024
Dirección : CARRERA 12 # 55A - 51	Forma de pago : Credito
Ciudad : SOGAMOSO	
Teléfono: 704035-707235	

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	\$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	\$ Total
--------	-------------	-------	--------------	------	-------------	----------	--------	------------	----------

Datos Paciente	Datos Atención
Nombre: ESPITIA DERAMIREZ OTILIA	Via Ingreso: CONSULTA ESPECIALISTA
Identificación: CC 23852149	F ingreso: 17/09/2024
Dirección : CARRERA 19 N° 16- 42	F. Salida : 17/09/2024
Ciudad : SOGAMOSO Teléfono: 3202732071-3114749696 7851682	Historia : 00014133

954107	Audiometria Tonal	17/09/2024	648	1,00	44.910	44.910			44.910
954301	Audiometria Verbal (logaudiometria)	17/09/2024		1,00	44.910	44.910			44.910
954302	Impedanciometria	17/09/2024		1,00	46.980	46.980			46.980
Total ESPITIA DERAMIREZ OTILIA									136.800

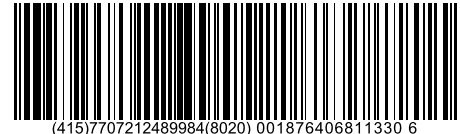
Observaciones	Valores Finales
T238	Sub Total 136.800
	Descuento 0
	Copago / Abono
	Cuota Moderadora
	Total Factura 136.800
 Lady Johanna Reyes Guarín	SON: Ciento Treinta y Seis Mil, Ochocientos Pesos con 00/100 *****
FIRMA Y SELLO C.C. O NIT.	*****

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18764068113306



(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

5. Número de Identificación Tributaria - NIT

8 9 1 8 5 6 5 0 7

6. DV

9

7. Primer apellido

8. Segundo apellido

9. Primer nombre

10. Otros nombres

11. Razón social

SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Sogamoso

Cód.

2 6

24. Dirección

TV 29 9 C 41

25. País

Colombia

26. Departamento

Boyacá

27. Municipio

Duitama

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el trámite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T.

Firma del funcionario autorizado

Firma del solicitante



1001. Apellidos y nombres POSADA PRADA CARLOS ALBERTO

1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía

1003. No. Identificación 79277061 1004. DV 6

1005. Cod. Representación Representante Legal Principal

1006. Organización SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

984. Apellidos y nombres

985. Cargo

989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI

990. Lugar administrativo

991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION

992. Área

993. Establecimiento

997. Fecha formalización

2 0 2 4 - 0 4 - 0 1 / 0 8 : 1 4 : 2 0

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18764068113306



(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9				

11. Razón social

SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

29. Establecimiento	CLINICA BOYACA TV 29 9 C 41							
1	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FEVC	516,000	1,000,000	24	AUTORIZACIÓN	1
2	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
3	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
4	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
5	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
6	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
7	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
8	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
9	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
10	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
11	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141067538421



(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 9 1 8 5 6 5 0 7

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Sogamoso

14. Buzón electrónico

2 6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S

36. Nombre comercial

CLINICA BOYACA

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Boyacá

40. Ciudad/Municipio

Duitama

2 3 8

41. Dirección principal

TV 29 9C 41

42. Correo electrónico

clinicaboyaca@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 8 6 8 0 9 4 1

45. Teléfono 2

3 1 2 4 8 0 1 2 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 1 0

47. Fecha inicio actividad

1 9 8 7 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código

8 6 2 1

49. Fecha inicio actividad

1 9 8 4 1 1 2 0

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

03- Impuesto al patrimonio

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de renta

55- Informante de Beneficiarios Finales

08- Retención timbre nacional

09- Retención en la fuente en el impuesto

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

X

NO

60. No. de Folios:

6

61. Fecha

2024 - 07 - 25 / 09 : 39: 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

CALERO NORIEGA MARTINA MERCEDES

985. Cargo

Gestor II

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141067538421



(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 9 1 8 5 6 5 0 7 9

Impuestos y Aduanas de Sogamoso

2 6

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 0

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 1	82. Nacional 1 0 0 %
72. Número	1 1 2 4	1 3 6	83. Nacional público 0 . 0 %
73. Fecha	1 9 8 4 1 1 1 6	2 0 2 4 0 4 3 0	84. Nacional privado 1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría	2		85. Extranjero 0 %
75. Entidad de registro	0 3	0 3	86. Extranjero público 0 . 0 %
76. Fecha de registro	1 9 8 4 1 1 2 0	2 0 2 4 0 7 0 9	87. Extranjero privado 0 . 0 %
77. No. Matrícula mercantil	1 0 1 7 1	1 0 1 7 1	
78. Departamento	1 5	1 5	
79. Ciudad/Municipio	1 3	1 3	
Vigencia			
80. Desde	1 9 8 4 1 1 2 0	2 0 0 7 1 2 2 7	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1		

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia de Sociedades

5

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 6 2 2		-
2				-
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

141067538421



(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 9 1 8 5 6 5 0 7

9

Impuestos y Aduanas de Sogamoso

2 6

Representación

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
REPRS LEGAL PRIN	1 8	2 0 0 8 0 4 1 6
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
Cédula de Ciudadan	1 3	7 9 2 7 7 0 6 1
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
POSADA	PRADA	CARLOS
107. Otros nombres	ALBERTO	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
REPRS LEGAL SUPL	1 9	2 0 2 4 0 7 0 9
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
Cédula de Ciudadan	1 3	1 0 5 2 3 9 1 3 9 5
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
ESTEPA	LOPEZ	GLORIA
107. Otros nombres	ESPERANZA	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
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
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
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
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
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

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones		001	
Espacio reservado para la DIAN		Página 4 de 7 Hoja 4			
		4. Número de formulario 141067538421			
		 (415)7707212489984(8020) 000014106753842 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7		9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso		2 6
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales					
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 9 5 2 1 6 3 9		113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9
115. Primer apellido GARCIA		116. Segundo apellido ROJAS		117. Primer nombre GUILLERMO	118. Otros nombres ALONSO
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 5 1 0	123. Fecha de retiro
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 7 2 1 8 3 1 8		113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9
115. Primer apellido AVELLA		116. Segundo apellido HERNANDEZ		117. Primer nombre FREDY	118. Otros nombres ALBERTO
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 5 1 0	123. Fecha de retiro
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 1 9 1 1 1 5 6 3		113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9
115. Primer apellido SANCHEZ		116. Segundo apellido ARCHILA		117. Primer nombre JORGE	118. Otros nombres ELIECER
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 5 1 0	123. Fecha de retiro
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 5 2 5 8 1 0 0 5		113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9
115. Primer apellido FAJARDO		116. Segundo apellido PIEDRAHITA		117. Primer nombre ADRIANA	118. Otros nombres MARCELA
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 5 1 0	123. Fecha de retiro 2 0 2 4 0 7 0 9
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3		112. Número de identificación 1 9 4 9 0 9 8 4		113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA 1 6 9
115. Primer apellido GARCIA		116. Segundo apellido DEL RIO		117. Primer nombre OSCAR	118. Otros nombres HERNAN
119. Razón social					
120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 5 1 0	123. Fecha de retiro

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141067538421



(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 9 1 8 5 6 5 0 7 9

Impuestos y Aduanas de Sogamoso

2 6

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

111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 9 0 0 0 5 8 8 3 9	113. DV 7	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social VPH SALUD LIMITADA				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 4 0 7 0 9	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 6 de 7 Hoja 5		
			4. Número de formulario 141067538421		
 (415)7707212489984(8020) 000014106753842 1					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 9 1 8 5 6 5 0 7 9		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Sogamoso	
				14. Buzón electrónico 2 6	
Revisor Fiscal y Contador					
Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		125. Número de identificación 9 5 1 8 8 9 1		126. DV 1
	128. Primer apellido ACUÑA		129. Segundo apellido SANCHEZ		127. Número de tarjeta profesional 1 3 5 6 0
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV		130. Primer nombre HECTOR
	134. Sociedad o firma designada		131. Otros nombres MANUEL		
135. Fecha de nombramiento 2 0 2 4 0 7 0 9					
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		137. Número de identificación 4 6 3 5 7 7 2 0		138. DV 5
	140. Primer apellido BAYONA		141. Segundo apellido MOLANO		139. Número de tarjeta profesional 3 1 3 4 4
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)		145. DV		142. Primer nombre DORA
	146. Sociedad o firma designada		143. Otros nombres LIGIA		
147. Fecha de nombramiento 2 0 2 4 0 7 0 9					
Contador	148. Tipo de documento		149. Número de identificación		150. DV
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		151. Número de tarjeta profesional
	154. Primer nombre		155. Otros nombres		
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV		
159. Fecha de nombramiento		158. Sociedad o firma designada			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141067538421



(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 9 1 8 5 6 5 0 7 9

Impuestos y Aduanas de Sogamoso

2 6

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

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

Centro de explotación de ser 0 7

Actividades de hospitales y clínicas, con internación

8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento

CLINICA BOYACA

163. Departamento

Boyacá

1 5

164. Ciudad/Municipio

Duitama

2 3 8

165. Dirección

TV 29 9 C 41

166. Número de matrícula mercantil

1 0 1 7 2

167. Fecha de la matrícula mercantil

1 9 8 4 1 1 2 0

168. Teléfono

7 6 0 4 7 5 6

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre



Clínica Boyacá

NIT. 891.856.507-9

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
Y PARAFISCALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**

Yo, **CARLOS ALBERTO POSADA PRADA**, identificado con cédula de ciudadanía N° **79277061**, en mi calidad **REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ SAS** con NIT N° **891856507-9** bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ LIMITADA** ha cumplido durante los seis (06) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Duitama a los 02 días del mes Septiembre de 2024.

CARLOS ALBERTO POSADA PRADA
REPRESENTANTE LEGAL

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 891856507	9	SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	Transversal 29 # 9c- 41	UITAMA-BOYACA	7604757	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora
2024-08	2024-09	885592371	9472279961	E	2024/09/03	2024/09/02	BANCO DAVIVIENDA	0
								\$163,479,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				231	\$97,865,300	\$0	\$0	\$97,865,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	11	\$6,498,500	\$0	\$0	\$6,498,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	124	\$52,982,700	\$0	\$0	\$52,982,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	85	\$34,053,600	\$0	\$0	\$34,053,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	11	\$4,330,500	\$0	\$0	\$4,330,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				246	\$14,378,700	\$0	\$0	\$14,378,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	246	\$14,378,700	\$0	\$0	\$14,378,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				233	\$23,558,100	\$0	\$0	\$23,558,100
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	233	\$23,558,100	\$0	\$0	\$23,558,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				246	\$27,111,000	\$0	\$0	\$27,111,000
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	\$60,100	\$0	\$0	\$60,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	32	\$3,904,200	\$0	\$0	\$3,904,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	3	\$307,300	\$0	\$0	\$307,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$43,300	\$0	\$0	\$43,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	26	\$3,314,900	\$0	\$0	\$3,314,900
NUOVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	96	\$9,509,700	\$0	\$0	\$9,509,700
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	13	\$1,297,600	\$0	\$0	\$1,297,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$160,100	\$0	\$0	\$160,100
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	73	\$8,513,800	\$0	\$0	\$8,513,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$340,000	\$0	\$0	\$340,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	\$340,000	\$0	\$0	\$340,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$226,700	\$0	\$0	\$226,700
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	\$226,700	\$0	\$0	\$226,700
TOTAL				246	\$163,479,800	\$0	\$0	\$163,479,800



Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Teléfono
NIT 891856507	9	SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	Transversal 29 # 9c- 41	7604757

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2024-08	Periodo Salud	2024-09
Fecha límite de pago	2024/09/03	Fecha de pago	2024/09/02
Días de mora	0	Tasa de mora	26.16%

DATOS DE LA TRANSACCION			
Valor a pagar	\$163.479,800	Clave planilla	9472279961
Intereses de mora	\$0	Clave de pago	885592371
Saldos e incapacidades	\$0	Banco	BANCO DAVIVIENDA
Valor total	\$163.479,800		



Clínica Boyacá

NIT. 891.856.507-9

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
Y PARAFISCALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**

Yo, **CARLOS ALBERTO POSADA PRADA**, identificado con cédula de ciudadanía N° **79277061**, en mi calidad **REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ SAS** con NIT N° **891856507-9** bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ SAS** ha cumplido durante los seis (06) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Duitama a los 02 días del mes octubre de 2024.

CARLOS ALBERTO POSADA PRADA
REPRESENTANTE LEGAL

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección
NIT 891856507	9	SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	Transversal 29 # Rc- 41
				Ciudad-Departamento	Teléfono
				DUITAAA-BOYACA	7604757
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION					
Periodo Pensión	2024-09		Periodo Salud	2024-10	
Fecha límite de pago	2024/10/02		Fecha de pago	2024/10/02	
Días de mora	0		Tasa de mora	26.16%	
TOTALES					
Valor a pagar	\$154,278,200		Clave planilla	9474402438	
Intereses de mora	\$0		Clave de pago	952864783	
Salidos e incapacidades	\$0		Banco	BANCO EAVIVIENDA	
Valor total	\$154,278,200				

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
HIT 891856507	9	SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	Transversal 29 # 9c- 41	QUITAMA-BOYACA	7604757	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2024-09	2024-10	952964783	9474402438	E	2024/10/02	2024/10/02	BAHCO DAYWENSA	0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)								
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	230	\$92,260,900	\$0	\$0	\$92,260,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	12	\$6,495,500	\$0	\$0	\$6,495,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	124	\$48,926,100	\$0	\$0	\$48,926,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	84	\$32,992,500	\$0	\$0	\$32,992,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	10	\$3,846,800	\$0	\$0	\$3,846,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	245	\$13,534,800	\$0	\$0	\$13,534,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)								
CAJACOI	CCFC55	901,543,211	6	232	\$22,240,300	\$0	\$0	\$22,240,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	232	\$22,240,300	\$0	\$0	\$22,240,300
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	245	\$25,675,500	\$0	\$0	\$25,675,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$56,100	\$0	\$0	\$56,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	31	\$3,732,900	\$0	\$0	\$3,732,900
NUJEVA E.P.S.	EPS037	900,156,764	7	3	\$297,500	\$0	\$0	\$297,500
NUJEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	\$129,700	\$0	\$0	\$129,700
SALUD TOTAL	EPS007	800,130,907	4	26	\$3,138,700	\$0	\$0	\$3,138,700
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	98	\$9,201,600	\$0	\$0	\$9,201,600
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)								
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	13	\$1,289,800	\$0	\$0	\$1,289,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)								
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	\$226,700	\$0	\$0	\$226,700
TOTAL				245	\$154,278,200	\$0	\$0	\$154,278,200

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

13560-T

HECTOR MANUEL

ACUÑA SANCHEZ

C.C. 9.518.891

RESOLUCION INSCRIPCION 2140-T- FECHA 31-X-85

UNIVERSIDAD U.P.T.C.



Presidente

00020520

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1950.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.518.891**
ACUÑA SANCHEZ

APELLIDOS
HECTOR MANUEL

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAR-1955**

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

17-ENE-1976 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0730700-00211644-M-0009518891-20100129

0020458954G 2

27766210

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

57966078030F9240

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

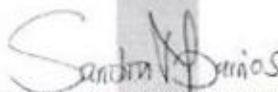
**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **HECTOR MANUEL ACUÑA SANCHEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 9518891 de SOGAMOSO (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 13560-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

REGISTRA COMO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS: SANCIÓN DE 3 MES(ES) IMPUESTA MEDIANTE RESOLUCIÓN No 103 DEL 02/11/1995, EJECUTORIADA EL 18/04/1996. FINALIZA EL 18/07/1996.*****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 16 días del mes de Septiembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
DUITAMA

El Banco Popular, hace constar que el cliente **SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA** identificado con NIT Persona Jurídica No. **8918565079**, actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina **260 Duitama** con las siguientes características:

Tipo de Producto:	114 Cta Corriente Persona Juri
Número:	110-260-14308-6
Fecha de Apertura:	
Nombre Cuenta	CLINICA BOYACA LTDA
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a **AL INTERESADO**

Elaborada en la oficina 260 DUITAMA el día 06 del mes 06 del año 2024

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.

BANCO POPULAR

 **Fogafin**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto
Comprobante

Usuario Solicitante:

MHamendozr

ADRIANA DEL ROSARIO MENDOZA RODRIGUEZ

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:

36-02-00-015-000000

SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL

Fecha y Hora Sistema:

2024-06-06 11:33 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 3924 de fecha 2024-04-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	59224	Fecha Registro:	2024-06-06	Unidad / Subunidad Ejecutora:	36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo de Monea:	COP-Pesos	Tasa de Cambio: 0,00
Valor Inicial:	20.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	20.000.000,00	Saldo x Obligar: 20.000.000,00

Identificación: NIT	891856507	Razón Social:	SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA	Medio de Pago:	Abono en cuenta
---------------------	-----------	---------------	----------------------------------	----------------	-----------------

Número:	110260143086	Banco:	BANCO POPULAR S. A.	Tipo:	Corriente	Estado:	Activa
---------	--------------	--------	---------------------	-------	-----------	---------	--------

ORDENADOR DEL GASTO													
Identificación:	7219380	Nombre:	RAMON ANSELMO VARGAS LOPEZ			Cargo:	DIRECTOR REGIONAL BOYACA						
CAJA MENOR		VIÁTICOS					DOCUMENTO SOPORTE						
Identificación:		Fecha de Registro:		Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:		Número:	COL.PCCNTR.6404665	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2024-06-06

ITEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO										
DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR	
101000 DESPACHO DIRECCION	A-03-04-02-021 SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONALES (NO DE PENSIONES)	Propios	27	CSF		1.100.000,00	0,00			
Total:						1.100.000,00	0,00	1.100.000,00	1.100.000,00	

101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-15-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACION PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	Nación	10	CSF	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR	
						18.900.000,00	0,00			
Total:						18.900.000,00	0,00	18.900.000,00	18.900.000,00	

Objeto:	SERVICIO MEDICO: COMUNICADO 15-9-2024-010793: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y DEMÁS EXÁMENES Y/O SERVICIOS NECESARIOS A LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DEL SENA REGIO
---------	---

PLAN DE PAGOS										
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC			POSICION DEL CATALOGO DE PAC			FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO	
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA	NACIÓN	CSF	2024-06-28	1.757.142,86	1.757.142,86	NINGUNO	Página 1 de 2

36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACION CSF	2024-07-31		2.857.142,86		2.857.142,86	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACION CSF	2024-08-30		2.857.142,86		2.857.142,86	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACION CSF	2024-09-30		2.857.142,86		2.857.142,86	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACION CSF	2024-10-31		2.857.142,86		2.857.142,86	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACION CSF	2024-11-29		2.857.142,86		2.857.142,86	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACION CSF	2024-12-30		2.857.142,84		2.857.142,84	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	7-3	TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF	2024-06-28		1.100.000,00		1.100.000,00	NINGUNO



Edwin Eddaly Sibo Ortiz

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

		UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA		ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTI CAMPOS RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS					
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005									
Número Estampilla		7612828							
Contratista:		SOCIEDAD CLINICA BOYACA SAS							
C.C. / Nit / Identificación Contratista:		891856507							
Objeto del Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD							
Contratante:		SENA - 899999034 /NIT							
		Numero de Contrato:		6404665		Vigencia:		2024	
		Base Gravable		\$2609099		Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato		\$ 27,000.00	
		Fecha de Pago:		08/10/2024					
PBX (57) 8 7405626 / 7436208		www.uptc.edu.co		Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá					
En caso de consulta: e-mail cartera.estampillas@uptc.edu.co									