PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 3 del 24/010/2024	
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.6407034 DE 2024**
TIPO DE CONTRATO:	**Minima Cuantia**
OBJETO:	Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño, para la vigencia 2024, lote 1
VALOR:	$ 25.000.000
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:	7 de junio del 2024
FECHA DE INICIO:	18 de junio del 2024
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	18 de junio 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). sistema de seguridad social integral, parafiscalidad (cajas de compensación familiar, SENA, ICBF), y cuota de aprendices si lo amerita y acreditar encontrarse a paz y salvo		**DOCUMENTO CARGADO Y PRESENTADO**
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		**DOCUMENTO CARGADO Y PRESENTADO**

El contratista deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados		**DOCUMENTOS PRESENTADOS CARGADOS Y REVISADOS**
El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a beneficiarios del servicio médicoasistencial		
Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Nariño, 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 BENEFICIARIO DEBE PRESENTAR ORDEN DE AUTORIACION DADA POR LA MEDICA ASESORA Y ADJUNTAR COPIA DE CEDULA Y CARNET IDENTIFICANDOSE ASI COMO BENEFICIARIO DEL SMA**
La atención para los beneficiarios del SMA, debe ser preferencial y en consultorio privado.		
En caso de solicitar ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, debe anexar por		

escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud		
Llevar la historia clínica debidamente diligenciada, efectuar la remisión oportuna y dejar constancia con fecha exacta de cada atención o control que se haya prestado a cada paciente		
Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo		
Permitir el acceso a las historias Clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados		
Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenesde 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**		**EL CONTRATISTA DEBE ADJUNTAR LA DOCUMENTACION SOLICITADA POR EL SENA PARA EL TRAMITE DE PAGO Y ESTA DEBE SER CARGADA EN LA PLATAFORMA DE SECOP2 PARA SU APROBACION**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten		**SE INFORMO A LA EMPRESA QUE PARA**

suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad		**EVITAR ESTO SE LOS BENEFICIARIOS SE DEBEN IDENTIFICAR CON CARNET DEL SENA**
Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión médica		
Ejecutar el objeto del presente contrato en los plazos establecidos, bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras estipuladas en las cláusulas correspondientes y deacuerdo con su oferta según corresponda la cual hace parte vinculante del contrato		

FECHA	No. DE FACTURA	VALOR A CANCELAR	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
Mes de Septiembre 2024	**Cuenta cobro 9834**	**$ 391.600**	**$ 1.057.600**	**$ 23.942.400**	

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 Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico

Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño, para la vigencia 2024, lote 1, Identificado al inicio de esta acta, razón por la cual se le debe reconocer por concepto de pago la cuenta de cobro número 9834 **correspondiente a la mes de septiembre** del 2024 por la suma de **($391.600)** 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 124021

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-09-19	10:23:11
Expedición	2024-09-19	20:11:41
Vencimiento	2024-09-19	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410035000001	28114 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	UND	1.00	58,600.00	58,600.00

Total Items 1

Total Bruto	58,600.00
Total a Pagar	**$ 58.600,00**

FORMA DE PAGO | **MEDIO DE PAGO**

Credito Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 124021 Vence el 2024-09-19 | 58.600,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Ocho Mil Seiscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27149167 FANNY URBANO ARCOS Edad: 60 Servicio: Optometria Ingreso: 2024-09-04 Egreso: 2024-09-04 Dx: H524 PRESBICIA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
4/09/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
4/09/2024

Número de póliza
-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

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**. 18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :e625f04841999ab45c69681712535adac4a5638b7b7b0145c2519b384e5dac92524d64c9c5aa216aa4b4d079fcd7a6ef

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 13/09/2024 Factura Nro: **FE 124021**

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: 27149167	Autorizacin:
Nombre: FANNY URBANO ARCOS	Fecha Nacimiento: 28/06/1964	Edad: 60 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 04/09/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 04/09/2024	Rgimen: 1
Dx: H524 PRESBICIA		Servicio: Optometria

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Optometria			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	28114	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	58,600	58,600

SUBTOTAL:	58,600
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**58,600**

SON: CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

FANNY URBANO ARCOS

	ELABORADO:	REVISADO:	APROBADO:
FIRMA			
CARGO	Coordinador Facturación	Coordinador S.G.C.	Gerente Geenral

04-09
TE 124021

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 830 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 2/09/2024

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

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA: PROMSALUD	OPTOMETRIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

A: FANNY URBANO ARCOS	CARNE No. 12978776-A
FAMILIAR DE: ALVARO RODRIGUEZ	CONYUGE HIJO PADRE (MD) X ☐ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

OBSERVACIONES: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PRESBICIA, SIN CONTROL POR SU AREA HACE 3 AÑOS, POR CAMBIO DE PRESTADOR RENUEVO ORDEN.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO			

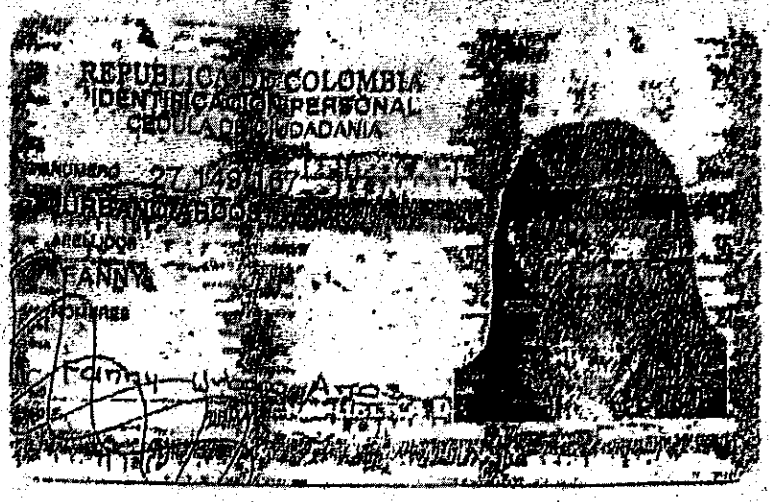
Lorena J. Montero
Médica General
1004905073
T.P. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI _____

C.C. No.





FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1964

COLON (GENOVA)
COLON (NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-OCT-1983 COLON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00156288-F-0027149167-20090601 0012046414A 1 8830014045

NARIÑO

12978776-A

FANNY
URBANO ARCOS
C.C 27.149.167
RH O+
Fecha de nacimiento 28/06/1994



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

DE CLASE MUNDIAL

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 124022

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-09-19	10:23:11
Expedición	2024-09-19	20:11:58
Vencimiento	2024-09-19	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410035000001	28114 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	UND	1.00	58,600.00	58,600.00

Total Items 1

Total Bruto	58,600.00
Total a Pagar	**$ 58.600,00**

FORMA DE PAGO | **MEDIO DE PAGO**

Credito Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 124022 Vence el 2024-09-19 | 58.600,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Ocho Mil Seiscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 30737315 MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA Edad: 57 Servicio: Optometria Ingreso: 2024-09-04 Egreso: 2024-09-04 Dx: H521 MIOPIA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
4/09/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
4/09/2024

Número de póliza
-

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**. 18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :4936d2fa6425526c83abbf0b3e2a2869735608d5aea4d67bde540f243d9b9961ff0f5262d1e711738ac197a31df2e292

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: 13/09/2024 Factura Nro: **FE 124022**

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: 30737315	Autorizacin:
Nombre: MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA	Fecha Nacimiento: 01/10/1966	Edad: 58 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 04/09/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 04/09/2024	Rgimen: 1
Dx: H521 MIOPIA		Servicio: Optometria

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Optometria			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	28114	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	58,600	58,600

SUBTOTAL:	58,600
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**58,600**

SON: CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA

FE124022

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 720 LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 13/08/2024

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

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	OPTOMETRIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO CLINICA

A: MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA	CARNE No. 12.987.363A
FAMILIAR DE GILERTO LEON	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. X ☐ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 57 AÑOS DE EDAD, SS TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL				DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA	MES	AÑO	HORA			

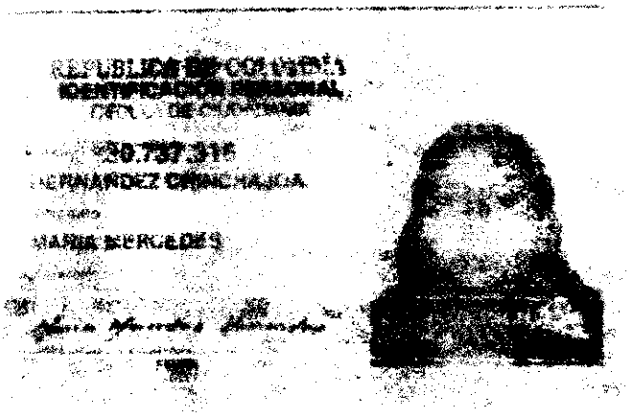
Lorena J. Montero
Médico General
R.H. 1094905073
U. del Quindío

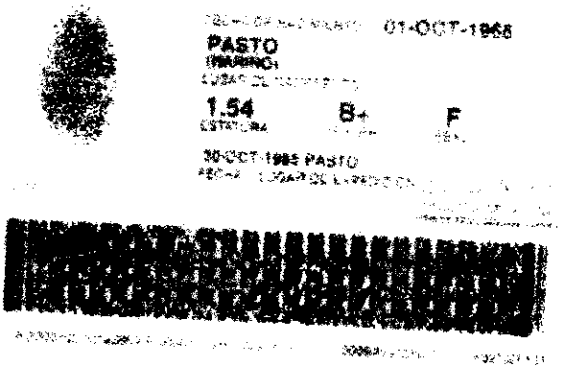
MEDICA ASESORA

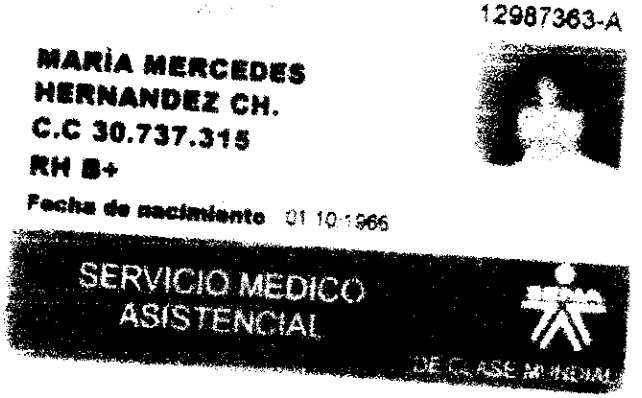
COORDINAD

RECIBI María Mercedes Hernández

C.C.No. 30-737-315.


30.737.315
HERNANDEZ CHINCHAJOA
MARIA MERCEDES


01-OCT-1966
PASTO
1.54
B+
F
30-OCT-1985 PASTO


12987363-A
MARIA MERCEDES
HERNANDEZ CH.
C.C 30.737.315
RH B+
Fecha de nacimiento 01 10 1966
SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

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 130646

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-09-23	16:59:12
Expedición	2024-09-23	17:06:09
Vencimiento	2024-09-23	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410033000001	39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	UND	1.00	52,400.00	52,400.00

Total Items 1

Total Bruto	52,400.00
Total a Pagar	**$ 52.400,00**

FORMA DE PAGO | **MEDIO DE PAGO**

Credito | Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 130646 Vence el 2024-09-23 | 52.400,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Dos Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27531761 EUGENIA LUCIA ORTIZ PORTILLO Edad: 68 Servicio: Oftalmologia Ingreso: 2024-09-10 Egreso: 2024-09-10 Dx: H358 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afi

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
10/09/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
10/09/2024

Número de póliza
-

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**. 18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :f1d76ed31b14e17149e42f8b3d8c5e889e83784915db3ef80cf4e708681f7a590530f50245b074b9c184904e90aa88a0

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: 22/09/2024 Factura Nro: **FE 130646**

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: 27531761	Autorizacin:
Nombre: EUGENIA LUCIA ORTIZ PORTILLO	Fecha Nacimiento: 17/06/1956	Edad: 68 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 10/09/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 10/09/2024	Rgimen: 1
Dx: H358 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA		Servicio: Oftalmologia

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Oftalmologia			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	52,400	52,400

SUBTOTAL:	52,400
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**52,400**

SON: CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

EUGENIA LUCIA ORTIZ PORTILLO

FE130646 10-09

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 684 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 6/08/2024

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A: EUGENIA LUCIA ORTIZ DE URBANO	CARNE No. 5201412-B
FAMILIAR DE: JOSE LUCIANO URBANO	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. X ☐ ☐ ☐

ORDENA

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 67 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR SU ESPECIALIDAD, ANTE CAMBIO DE PRESTADOR, SE RENUEVA ORDEN PARA DEFINIR CONDUCTA.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J. Montero
Médica General
R.M. 1094905073
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI _____

C.C.No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.531.761
ORTIZ PORTILLO

APELLIDOS

EUGENIA LUCIA

NOMBRES

FIRMA



NARIÑO

5201412-B



EUGENIA LUCIA
ORTIZ PORTILLO
C.C 27.531.761
RH A+
Fecha de nacimiento 17 JUN 1956

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1956
CONSACA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

10-MAY-1977 TUQUERRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2305700-00435010-F-0027531761-20130510 0032966826A 2 40005742

JOSE LUCIANO URBANO C.
Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilización indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

Emilio Humberto Cerón Lasso

Powered by CamScanner

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 130647

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-09-23	16:59:12
Expedición	2024-09-23	17:06:22
Vencimiento	2024-09-23	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410033000001	39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	UND	1.00	52,400.00	52,400.00

Total Items 1

Total Bruto	52,400.00
Total a Pagar	**$ 52.400,00**

FORMA DE PAGO | **MEDIO DE PAGO**

Credito | Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 130647 Vence el 2024-09-23 | 52.400,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Dos Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27074121 RUTH OMAIRA ERASO IBARRA Edad: 79 Servicio: Oftalmologia Ingreso: 2024-09-12 Egreso: 2024-09-12 Dx: H250 CATARATA SENIL INCIPIENTE Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 2 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
12/09/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
12/09/2024

Número de póliza
-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

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**. 18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :c481ca66d50907911d441c7bb049669a6e962457c8122935562b9b183fa6781e83a3692b6ef51b9c7e70f5ee6613d47f

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 22/09/2024 Factura Nro: **FE 130647**

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: 27074121	Autorizacin:
Nombre: RUTH OMAIRA ERASO IBARRA	Fecha Nacimiento: 20/04/1945	Edad: 79 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 12/09/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 12/09/2024	Rgimen: 2
Dx: H250 CATARATA SENIL INCIPIENTE		Servicio: Oftalmologia

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Oftalmologia			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	52,400	52,400

SUBTOTAL:	52,400
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**52,400**

SON: CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

RUTH OMAIRA ERASO IBARRA

12-01

FE130647

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. _____ LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 26/07/2024

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A: RUTH OMAIRA ERASO IBARRA	CARNE No. 3073390-B
FAMILIAR DE: MARIA CRISTINA TOBAR	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. ☐ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA CLINICA PAREDES, ANTE CAMBIO DE PRESTADOR RENUEVO ORDEN PARA DEFINIR CONTINUIDAD.

ANEXAR HISTORIA CLINICA PREVIA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J. Montero
Medico General
R.M. 1094905073
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

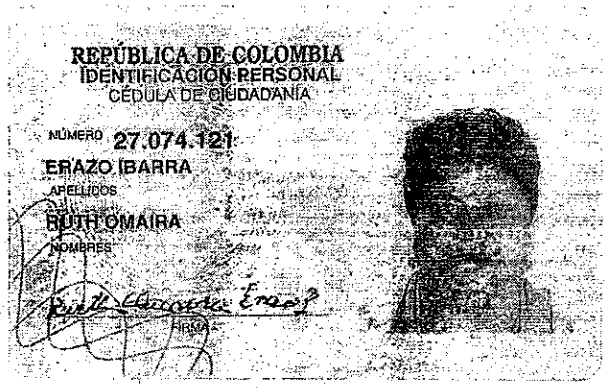
RECIBI _____

C.C.No.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 27.074.121
ERAZO IBARRA
APELLIDOS
RUTH OMAIRA
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1945
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
13-FEB-1969 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
A-2300100-00963076-F-0027074121-20171221
0058854737A 1
9902577344


30.733.390-B
RUTH OMAIRA
ERAZO IBARRA
C.C. 27.074.121 de Pasto
RH: O+
Fecha de Nacimiento 20/04/1945
SENA
REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 27.074.121
ERAZO IBARRA
APELLIDOS
RUTH OMAIRA
NOMBRES
FIRMA

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 142597

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-10-11	16:44:26
Expedición	2024-10-11	17:32:55
Vencimiento	2024-10-11	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410035000001	28114 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	UND	1.00	58,600.00	58,600.00

Total Items 1

Total Bruto	58,600.00
Total a Pagar	**$ 58.600,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 142597 Vence el 2024-10-11 58.600,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Ocho Mil Seiscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 5248649 HERNAN EDUARDO NOGUERA Edad: 79 Servicio: Optometria Ingreso: 2024-09-27 Egreso: 2024-09-27 Dx: H269 CATARATA NO ESPECIFICADA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
27/09/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
27/09/2024

Número de póliza
-

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**18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :52e2c9277bd55f1dd67817a498feb877ebfaba2f5b19c7cf251d728d5f738955ec47af08eeb3afc88f52626773c040e9

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: 10/10/2024 Factura Nro: **FE 142597**

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: 5248649	Autorizacin:
Nombre: HERNAN EDUARDO NOGUERA	Fecha Nacimiento: 02/08/1945	Edad: 79 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 27/09/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 27/09/2024	Rgimen: 1
Dx: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA		Servicio: Optometria

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Optometria			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	28114	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	58,600	58,600

SUBTOTAL:	58,600
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**58,600**

SON: CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: KAREM VANESSA VELASQUEZ ERASO
Facturador

HERNAN EDUARDO NOGUERA

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CENTRO MEDICO ASISTENCIAL

ORDEN DE ATENCION

No. 1112

LOPE 1014253919

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO
		9/09/2024

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

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	OPTOMETRIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SI CONSULTORI CLINICA

A: HERNAN EDUARDO NOGUERA CORDOBA	CARNE No. 98334069-B
FAMILIAR DE. OSCAR NOGUERA	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

OBSERVACIONES: SS TAMIZAJE PARA AGUDEZA VISUAL

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO			

Lorena J. Montero Mora
Médica General
C.C. 1094905073
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINAD

RECIBI _____

C.C.No.

NARIÑO

98334069-B

HERNAN EDUARDO
NOGUERA CORDOBA
C.C 5.248.649
RH O+

Fecha de nacimiento 01/08/1945



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL



FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1945

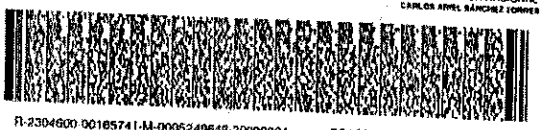
EL TAMBO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA O+ G.S. RH M SEXO

21-MAY-1968 EL TAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



R-2304600-00165741-M-00052/0648-20090001 0014327017A 1 21451593

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.248.649**
NOGUERA CORDOBA
APELLIDOS
HERNAN EDUARDO
NOMBRES

FIRMA



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 142617

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-10-11	16:44:30
Expedición	2024-10-11	17:59:15
Vencimiento	2024-10-11	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410035000001	28114 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	UND	1.00	58,600.00	58,600.00

Total Items 1

Total Bruto	58,600.00
Total a Pagar	**$ 58.600,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 142617 Vence el 2024-10-11 58.600,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Ocho Mil Seiscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27197241 BERTHA LYDA GUERRA BASTIDAS Edad: 70 Servicio: Optometria Ingreso: 2024-09-27 Egreso: 2024-09-27 Dx: H521 MIOPIA Municipio: EL TAMBO (Estrato: 1 Regimen: 4 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
27/09/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
27/09/2024

Número de póliza
-

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**18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE:6758f9ee807a935ba501b65e71f5f73d928f16eaa6cf69f87184cb057c153d0a43bd48e03fc91db299396845edbf7e47

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: 10/10/2024 Factura Nro: **FE 142617**

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: 27197241	Autorizacin:
Nombre: BERTHA LYDA GUERRA BASTIDAS	Fecha Nacimiento: 02/12/1953	Edad: 70 Años
Municipio: EL TAMBO (NARIÑO)	Fecha de Ingreso: 27/09/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 27/09/2024	Rgimen: 4
Dx: H521 MIOPIA		Servicio: Optometria

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Optometria			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	28114	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	58,600	58,600

SUBTOTAL:	58,600
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**58,600**

SON: CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: KAREM VANESSA VELASQUEZ ERASO
Facturador

BERTHA LYDA GUERRA BASTIDAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	ERVICIO MEDICO ASISTENCI ORDEN DE ATENCION	No. 1113 LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 9/09/2024

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

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	OPTOMETRIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SL CONSULTO CLINICA

A: BERTA LYDA GUERRA BASTIDAS	CARNE No. 98334069-A
FAMILIAR DE. OSCAR NOGUERA	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD, SS TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO			

Lorena Montero
Médico General
C.C. 1094905073
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADO

RECIBI



FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1953
EL TAMBO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA O.S. RH SEXO
17-ENE-1976 EL TAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO



I-2304000-00181853-F-0027197241-20090929 0016672260A 1 27221100

NARIÑO 98334069-A

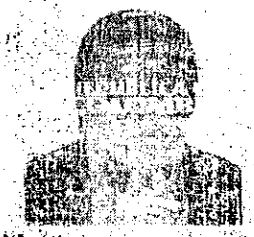


BERTHA LYDA
GUERRA BASTIDAS
C.C 27.197.241
RH O+
Fecha de nacimiento 02/12/1953

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULÁ DE CIUDADANIA

NUMERO 27.197.241
GUERRA BASTIDAS
APELLIDOS
BERTHA LYDA
NOMBRES



FIRMA

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 147520

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-10-23	07:44:35
Expedición	2024-10-23	07:45:27
Vencimiento	2024-10-23	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410033000001	39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	UND	1.00	52,400.00	52,400.00

Total Items 1

Total Bruto	52,400.00
Total a Pagar	**$ 52.400,00**

FORMA DE PAGO | **MEDIO DE PAGO**

Credito | Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 147520 Vence el 2024-10-23 | 52.400,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Dos Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27547856 MARIA ROSARIO DEL CARMEN LOPEZ Edad: 66 Servicio: Oftalmologia Ingreso: 2024-09-30 Egreso: 2024-09-30 Dx: H110 PTERIGION Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
30/09/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
30/09/2024

Número de póliza
-

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**. 18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :a02bfbcb4b00dbf6ac5705d3fb0c2a535bc69da3c8bed97a9c8b7701ad217d090ea2c1fbf6c1123785af04a7e8b5557e

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: 22/10/2024 Factura Nro: **FE 147520**

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: 27547856	Autorizacin:
Nombre: MARIA ROSARIO DEL CARMEN LOPEZ	Fecha Nacimiento: 03/07/1958	Edad: 66 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 30/09/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 30/09/2024	Rgimen: 1
Dx: H110 PTERIGION		Servicio: Oftalmologia

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Oftalmologia			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	52,400	52,400

SUBTOTAL:	52,400
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**52,400**

SON: CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

MARIA ROSARIO DEL CARMEN LOPEZ