## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHcmgalleg | CLAUDIA MABER GALLEGO GIL |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-066-000000 | SENA REGIONAL RISARALDA-DIRECCION REGIONAL |
| Fecha y Hora Sistema: | 2024-09-09-5:37 p. m. | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO**

**Con base en el CDP No: 8324 de fecha 2024-03-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 34624 | **Fecha Registro:** | 2024-04-11 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-066-000000 SENA REGIONAL RISARALDA-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Con Obligacion | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 20.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 10.000.000,00 | | | **Valor Actual:** | 30.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 20.702.282,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 800082446 | **Razón Social:** | INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL RISARALDA S.A.S | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 127369996492 | **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo:** | Corriente | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 8739782 | **Nombre:** | CARLOS ALBERTO PALACIOS CHAVERRA | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL RISARALDA |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.6193070 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2024-04-11 |

**ÍTEM 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 | C-3603-1300-15-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | 2024-09-09 | 20.000.000,00 | 10.000.000,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 20.000.000,00 | 10.000.000,00 | 30.000.000,00 | 20.702.282,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SERVICIO MÉDICO: PRESTACIÓN SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MENTAL, CONSULTA ESPECIALIZADA (PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL), URGENCIAS 24 HORAS Y HOSPITALIZACIÓN, PARA BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL VIGENCIA 2024.LOTE 5 |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-066-000000 | SENA REGIONAL RISARALDA-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2024-12-31 | 30.000.000,00 | 20.702.282,00 | NINGUNO |

MARÍA DELAIDA RAMÍREZ SÁNCHEZ
Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

## PACIENTE

**Nombre:** **DAMARIS GARCIA**

**Género:** FEMENINO
**Identificación - Propiedad:** PROPIA
**Estado Civil:** UNION LIBRE
**Ocupación:** NO APLICA
**Fecha de Nacimiento:** miércoles, 16 junio de 1971
**Tipo:** CEDULA DE CIUDADANIA
**Número:** 25080312
**Edad:** 53 Año(s) 4 Mes(es) 15 Dia(s)
**Teléfono(s):** +573016919937
**Plan:** POS
**Correo(s) Electrónico(s):** yimins616c@gmail.com
**Dirección de Residencia:** CLL 18 20 100 PORTAL DE SANTA MONICA DOS - PEREIRA
**Entidad Aseguradora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Entidad Pagadora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Tipo de Afiliado:** BENEFICIARIO
**Tipo de Usuario:** CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO
**Nivel Salarial:** NO APLICA

## DIAGNÓSTICO(S)

| No. | Código | Nombre |
|---|---|---|
| 1 | F431 | TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO |

## INFORMACIÓN DE LA FACTURA

**Número:** **COM 338836**
**Fecha de Generación:** 2024-10-30
**Sede:** INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO - PEREIRA (RISARALDA) - ALAMOS - CONSULTA EXTERNA
**Medio de Pago:** TRANSFERENCIA DÉBITO
**Forma de Pago:** CREDITO
**Fecha de Vencimiento:** 2024-10-30
**Fecha de Ingreso:** 2024-10-09 14:15
**Fecha de Egreso:** 2024-10-23 14:45
**Fecha de Emisión:** 2024-10-30 15:57

## ENTIDAD PAGADORA

**Entidad:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Contrato:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Números de Contrato:** 001
**NIT:** 899999034-1
**Modalidades de Pago:** PAGO POR EVENTO
**Números de Poliza:** 0
**Cobertura o Plan de Beneficios:** PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON UPC
**Periodo de Pago:** 0

## GRUPO: GRUPO DE SERVICIOS

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 943102 | SOAT | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA | 2147 | 2 | $32.066 | NO APLICA | $0 | $64.132 |
| | | | | | | | **Total Grupo** | | $64.132 |

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** 66f2510ddb31e51b690c2c8773747c04cc5c0ac1796b443a40da0d4d93b7c140ea79f116cb59a5ed0e622ee683a297d6

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com
RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE | $ 64.132 |
| **Valor Descuentos:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor Intereses:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor asumido por el usuario:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor total a pagar:** SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE | $ 64.132 |

| No. | Tipo | Profesional |
|---|---|---|
| 1 | TRATANTE | JULIAN ALBERTO GRAJALES VALENCIA |

**Elaborado por:**
MARIA CAMILA IDARRAGA BEDOYA
AUXILIAR DE CITAS

**Recibido por:**
**Nombre:**
**Identificación:**
**Fecha:**

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** 66f2510ddb31e51b690c2c8773747c04cc5c0ac1796b443a40da0d4d93b7c140ea79f116cb59a5ed0e622ee683a297d6

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

## PACIENTE

**Nombre:** **JINETH CASTRO GARCIA**

**Género:** FEMENINO
**Fecha de Nacimiento:** viernes, 12 enero de 2007
**Número:** 1011097643
**Identificación - Propiedad:** PROPIA
**Tipo:** TARJETA DE IDENTIDAD
**Edad:** 17 Año(s) 9 Mes(es) 13 Dia(s)
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Teléfono(s):** +573016919937
**Ocupación:** NO APLICA
**Plan:** NO APLICA
**Correo(s) Electrónico(s):** YEIMINS616@GMAIL.COM
**Dirección de Residencia:** CLL 18 20-5 PORTAR STA MONICA - DOSQUEBRADAS
**Entidad Aseguradora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Entidad Pagadora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Tipo de Afiliado:** BENEFICIARIO
**Tipo de Usuario:** OTRO
**Nivel Salarial:** .

## DIAGNÓSTICO(S)

| No. | Código | Nombre |
|---|---|---|
| 1 | F412 | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION |

## INFORMACIÓN DE LA FACTURA

**Número:** **COM 338117**
**Fecha de Generación:** 2024-10-24
**Sede:** INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO - PEREIRA (RISARALDA) - ALAMOS - CONSULTA EXTERNA
**Medio de Pago:** TRANSFERENCIA DÉBITO
**Forma de Pago:** CREDITO
**Fecha de Vencimiento:** 2024-10-24
**Fecha de Ingreso:** 2024-10-11 15:30
**Fecha de Egreso:** 2024-10-23 16:00
**Fecha de Emisión:** 2024-10-24 10:19

## ENTIDAD PAGADORA

**Entidad:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Contrato:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Números de Contrato:** 001
**NIT:** 899999034-1
**Modalidades de Pago:** PAGO POR EVENTO
**Números de Poliza:** 0
**Cobertura o Plan de Beneficios:** PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON UPC
**Periodo de Pago:** 0

## GRUPO: GRUPO DE SERVICIOS

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 943102 | SOAT | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA | 2148 | 2 | $32.066 | NO APLICA | $0 | $64.132 |
| | | | | | | | **Total Grupo** | | $64.132 |

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** 571ccb60f2dfd53652bb364839fae6977ed697265f5ac519d72db695286e12f602d8e879bb8509c3e7c9f0aac9c86b2a

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE | $ 64.132 |
| **Valor Descuentos:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor Intereses:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor asumido por el usuario:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor total a pagar:** SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE | $ 64.132 |

| No. | Tipo | Profesional |
|---|---|---|
| 1 | TRATANTE | JOSE LUISMARTINEZ BETANCOURTH |

**Elaborado por:**
MARIA CAMILA IDARRAGA BEDOYA
AUXILIAR DE CITAS

**Recibido por:**
**Nombre:**
**Identificación:**
**Fecha:**

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** 571ccb60f2dfd53652bb364839fae6977ed697265f5ac519d72db695286e12f602d8e879bb8509c3e7c9f0aac9c86b2a

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

## PACIENTE

**Nombre:** **MARIA AMPARO RENDON MONTOYA**

**Género:** FEMENINO
**Fecha de Nacimiento:** viernes, 18 marzo de 1960
**Número:** 42006434
**Identificación - Propiedad:** PROPIA
**Tipo:** CEDULA DE CIUDADANIA
**Edad:** 64 Año(s) 7 Mes(es) 4 Dia(s)
**Estado Civil:** CASADO(A)
**Teléfono(s):** +573117333469
**Ocupación:** NO APLICA
**Plan:** POS
**Correo(s) Electrónico(s):** .
**Dirección de Residencia:** BUENOS AIRES CL 44 #14-40 - DOSQUEBRADAS
**Entidad Aseguradora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Entidad Pagadora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Tipo de Afiliado:** BENEFICIARIO
**Tipo de Usuario:** CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO
**Nivel Salarial:** NO APLICA

## DIAGNÓSTICO(S)

| No. | Código | Nombre |
|---|---|---|
| 1 | F312 | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS |

## INFORMACIÓN DE LA FACTURA

**Número:** **COM 337824**
**Fecha de Generación:** 2024-10-21
**Sede:** INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO - PEREIRA (RISARALDA) - ALAMOS - CONSULTA EXTERNA
**Medio de Pago:** TRANSFERENCIA DÉBITO
**Forma de Pago:** CREDITO
**Fecha de Vencimiento:** 2024-10-21
**Fecha de Ingreso:** 2024-10-21 10:00
**Fecha de Egreso:** 2024-10-21 10:20
**Fecha de Emisión:** 2024-10-21 16:24

## ENTIDAD PAGADORA

**Entidad:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Contrato:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Números de Contrato:** 001
**NIT:** 899999034-1
**Modalidades de Pago:** PAGO POR EVENTO
**Números de Poliza:** 0
**Cobertura o Plan de Beneficios:** PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON UPC
**Periodo de Pago:** 0

## GRUPO: GRUPO DE SERVICIOS

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890384 | 890384 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | 2240 | 1 | $74.966 | NO APLICA | $0 | $74.966 |
| | | | | | | | **Total Grupo** | | $74.966 |

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** 82b89390361b540fcb47b0ad9ee4a31ab33c66e6c2f74962fea6f6743fd7bcc4a13c78437842bf188b90b8b5c632e382

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE | $ 74.966 |
| **Valor Descuentos:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor Intereses:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor asumido por el usuario:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor total a pagar:** SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE | $ 74.966 |

| No. | Tipo | Profesional |
|---|---|---|
| 1 | TRATANTE | JULIAN DAVIDVALENCIA JARAMILLO |

**Elaborado por:**
MARIA CAMILA IDARRAGA BEDOYA
AUXILIAR DE CITAS

**Recibido por:**
**Nombre:**
**Identificación:**
**Fecha:**

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** 82b89390361b540fcb47b0ad9ee4a31ab33c66e6c2f74962fea6f6743fd7bcc4a13c78437842bf188b90b8b5c632e382

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

## PACIENTE

**Nombre:** **CRSITIAN DAVID CARVAJAL PINEDA**

**Género:** MASCULINO
**Fecha de Nacimiento:** domingo, 19 diciembre de 2010
**Número:** 1089610468
**Identificación - Propiedad:** PROPIA
**Tipo:** TARJETA DE IDENTIDAD
**Edad:** 13 Año(s) 9 Mes(es) 30 Dia(s)
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Teléfono(s):** +573104068159
**Ocupación:** NO APLICA
**Plan:** POS
**Correo(s) Electrónico(s):** DIANALORE1230.DLP@GMAIL.COM
**Dirección de Residencia:** CLL 9 N 10-160 - PEREIRA
**Entidad Aseguradora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Entidad Pagadora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Tipo de Afiliado:** BENEFICIARIO
**Tipo de Usuario:** CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO
**Nivel Salarial:** .

## DIAGNÓSTICO(S)

| No. | Código | Nombre |
|---|---|---|
| 1 | Z553 | PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR |

## INFORMACIÓN DE LA FACTURA

**Número:** **COM 337357**
**Fecha de Generación:** 2024-10-17
**Sede:** INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO - PEREIRA (RISARALDA) - ALAMOS - CONSULTA EXTERNA
**Medio de Pago:** TRANSFERENCIA DÉBITO
**Forma de Pago:** CREDITO
**Fecha de Vencimiento:** 2024-10-17
**Fecha de Ingreso:** 2024-10-16 11:00
**Fecha de Egreso:** 2024-10-16 11:30
**Fecha de Emisión:** 2024-10-17 09:19

## ENTIDAD PAGADORA

**Entidad:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Contrato:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Números de Contrato:** 001
**NIT:** 899999034-1
**Modalidades de Pago:** PAGO POR EVENTO
**Números de Poliza:** 0
**Cobertura o Plan de Beneficios:** PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON UPC
**Periodo de Pago:** 0

## GRUPO: GRUPO DE SERVICIOS

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890208 | 35102 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA | 2235 | 1 | $35.533 | NO APLICA | $0 | $35.533 |
| | | | | | | | **Total Grupo** | | $35.533 |

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** d038ecc1da8511941628162821802 82b6dcdc193c7d1b753b58cc21a83f9c8c2d096c0a3b2bef566b09688e93c3529de

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com
RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE | $ 35.533 |
| **Valor Descuentos:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor Intereses:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor asumido por el usuario:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor total a pagar:** TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE | $ 35.533 |

| No. | Tipo | Profesional |
|---|---|---|
| 1 | TRATANTE | ELIANA MARCELACASTAÑO ESCOBAR |

**Elaborado por:**
MARIA CAMILA IDARRAGA BEDOYA
AUXILIAR DE CITAS

**Recibido por:**
**Nombre:**
**Identificación:**
**Fecha:**

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** d038ecc1da8511941628162821802 82b6dcdc193c7d1b753b58cc21a83f9c8c2d096c0a3b2bef566b09688e93c3529de

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

## PACIENTE

**Nombre:** **ANA SHOPIA CARVAJAL GARCES**

**Género:** FEMENINO **Fecha de Nacimiento:** domingo, 04 diciembre de 2005 **Número:** 1092455926
**Identificación - Propiedad:** PROPIA **Tipo:** CEDULA DE CIUDADANIA **Edad:** 18 Año(s) 10 Mes(es) 7 Dia(s)
**Estado Civil:** SOLTERO(A) **Teléfono(s):** +573174364233:
**Ocupación:** NO APLICA **Plan:** OTRO
**Correo(s) Electrónico(s):** LAURAGARCES@HOTMAIL.COM
**Dirección de Residencia:** SAMTA CLARA DE LAS VILLAS - PEREIRA
**Entidad Aseguradora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Entidad Pagadora:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Tipo de Afiliado:** ADICIONAL **Tipo de Usuario:** OTRO **Nivel Salarial:** .

## DIAGNÓSTICO(S)

| No. | Código | Nombre |
|---|---|---|
| 1 | F331 | TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE |

## INFORMACIÓN DE LA FACTURA

**Número:** **COM 336699** **Fecha de Generación:** 2024-10-10
**Sede:** INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO - PEREIRA (RISARALDA) - 30 DE AGOSTO HOSPITALIZACION PARCIAL
**Medio de Pago:** TRANSFERENCIA DÉBITO **Forma de Pago:** CREDITO **Fecha de Vencimiento:** 2024-10-10
**Fecha de Ingreso:** 2024-09-07 08:30 **Fecha de Egreso:** 2024-10-08 08:40 **Fecha de Emisión:** 2024-10-10 07:40

## ENTIDAD PAGADORA

**Entidad:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
**Contrato:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE(SENA)
**Números de Contrato:** 001 **NIT:** 899999034-1
**Modalidades de Pago:** PAGO POR EVENTO **Números de Poliza:** 0
**Cobertura o Plan de Beneficios:** PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON UPC **Periodo de Pago:** 0

## GRUPO: GRUPO DE SERVICIOS

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 132P01 | 132P01 | INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA | 2335 | 9 | $150.799 | NO APLICA | $0 | $1.357.191 |
| 2 | 890413 | SOAT | INTERCONSULTA A TERAPIA OCUPACIONAL | 2335 | 15 | $33.366 | NO APLICA | $0 | $500.490 |
| 3 | 890301 | 890301 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL | 2335 | 2 | $46.000 | NO APLICA | $0 | $92.000 |
| 4 | 890409 | 890409 | INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL | 2335 | 2 | $26.866 | NO APLICA | $0 | $53.732 |

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos jurídicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** a64b569481984100088436343166 78d1786dbd6d3e594e7d69528e67dc5680216dd6c86356034b2081f37468aa99a96d

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA:SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867,COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

## GRUPO: GRUPO DE SERVICIOS

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 990107 | SOAT | EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | 2335 | 6 | $23.833 | NO APLICA | $0 | $142.998 |
| 6 | 890408 | 890408 | INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA | 2335 | 2 | $35.533 | NO APLICA | $0 | $71.066 |
| 7 | 890484 | 890484 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA | 2335 | 3 | $82.766 | NO APLICA | $0 | $248.298 |
| 8 | 990106 | 990106 | EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA | 2335 | 1 | $41.600 | NO APLICA | $0 | $41.600 |
| | | | | | | | **Total Grupo** | | $2.507.375 |

## GRUPO: HOSPITALIZACION

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890602 | 890602 | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (SEMANAL) | 2335 | 6 | $160.000 | NO APLICA | $0 | $960.000 |
| | | | | | | | **Total Grupo** | | $960.000 |

## GRUPO: UNIDAD SALUD MENTAL GENERAL

| No. | Código 1 | Código 2 | Descripción | Autorización | Cantidad | Valor Unitario | Tipo Pago Compartido | Valor Pago Compartido | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 931001 | SOAT | TERAPIA FISICA INTEGRAL | 2335 | 4 | $33.366 | NO APLICA | $0 | $133.464 |
| | | | | | | | **Total Grupo** | | $133.464 |

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos juridicos a una letra de cambio, conforme al articulo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** a64b5694819841000884363431667 8d1786dbd6d3e594e7d69528e67dc5680216dd6c86356034b2081f37468aa99a96d

Código de Validación

**INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S**
NIT 800082446-4 Dirección: Calle 11 N° 23-31 Álamos
Teléfono: 3515436- citas@institutosistemanervioso.com

RESPONSABLE DE IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA;SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA;ACTIVIDAD ECONÓMICA 8610;RESOLUCION DIAN:18764059830867 COM300,001 AL COM400,000;DEL NOVIEMBRE 14 DE 2023 A NOVIEMBRE 13 DE 2024

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE | $ 3.600.839 |
| **Valor Descuentos:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor Intereses:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor asumido por el usuario:** CERO PESOS M/CTE | $ 0 |
| **Valor total a pagar:** TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE | $ 3.600.839 |

| No. | Tipo | Profesional |
|---|---|---|
| 1 | TRATANTE | AGENDA HOSPITAL DIA . |

**Elaborado por:**
LUISA MARIA RIVERA BEDOYA
AUXILIAR DE FACTURACION

**Recibido por:**
**Nombre:**
**Identificación:**
**Fecha:**

Somos autorretenedores de ICA, esta factura se asimila en todos sus efectos jurídicos a una letra de cambio, conforme al artículo 774 \r\ndel código del comercio y causara interés de mora a la tasa máxima legal permitida proporcional a partir de la fecha

**CUFE:** a64b569481984100088436343166 78d1786dbd6d3e594e7d69528e67dc5680216dd6c86356034b2081f37468aa99a96d

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141003219384

(415)7707212489984(8020) 000014100321938 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| 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
INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL RISARALDA S.A.S

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Risaralda 6 6 | Pereira 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 11 23 31 BRR ALAMOS

42. Correo electrónico factelectronica@institutosistemanervioso.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 4 0 2 5 8 6 | 3 1 3 6 2 7 0 4 9 6 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 1 0 | 1 9 8 9 0 9 1 1 | 8 6 2 1 | 1 9 8 9 0 9 1 1 | | | | | 3 |

## 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 | 5 | 7 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 8 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 9 | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales
59 - Autorretención especial renta

| 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 04 - 01 / 11 : 06: 04

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 RIOS PALACIO JIMMY ALEXANDER

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003219384

(415)7707212489984(8020) **000014100321938 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 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

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 5 | 0 1 |
| 72. Número | 4 7 7 4 | 1 8 |
| 73. Fecha | 1 9 8 9 0 9 1 1 | 2 0 1 8 0 3 2 0 |
| 74. Número de notaría | 1 | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 1 9 8 9 0 9 1 8 | 2 0 1 9 0 3 2 7 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 5 5 1 5 3 0 4 | 5 5 1 5 3 0 4 |
| 78. Departamento | 6 6 | 6 6 |
| 79. Ciudad/Municipio | 2 7 | 2 7 |

### Vigencia

| | |
|---|---|
| 80. Desde | 1 9 8 9 0 9 1 1 |
| 81. Hasta | 9 9 9 9 1 2 3 1 |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## 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 0 7 | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

## 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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003219384

(415)7707212489984(8020) **000014100321938 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | | |
|---|---|---|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 9 1 2 0 5 | | | |
| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional | |
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 9 7 6 4 4 5 8 | | | |
| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres | |
| RIOS | PALACIO | JIMMY | ALEXANDER | |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | | |
|---|---|---|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 2 2 0 5 1 3 | | | |
| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional | |
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 2 2 1 3 1 7 | | | |
| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres | |
| ALARCON | VELANDIA | RAFAEL | PATROCINIO | |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional | |
| | | | | |
| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres | |
| | | | | |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional | |
| | | | | |
| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres | |
| | | | | |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional | |
| | | | | |
| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres | |
| | | | | |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003219384

(415)7707212489984(8020) **000014100321938 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

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

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cédula de Ciudada 1 3 | 4 5 0 8 4 1 1 | | COLOMBIA 1 6 9 | BELTRAN | SALAZAR | EDGAR | | | | | 1 9 8 9 0 9 1 1 | 2 0 1 1 0 6 0 3 |
| 2 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 0 5 9 3 7 6 | | COLOMBIA 1 6 9 | BAENA | RESTREPO | BENJAMIN | EDUARDO | | | | 1 9 8 9 0 9 1 1 | 2 0 1 1 0 6 0 3 |
| 3 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 2 2 1 3 1 7 | | COLOMBIA 1 6 9 | ALARCON | VELANDIA | RAFAEL | PATROCINIO | | | | 2 0 1 8 0 3 2 0 | |
| 4 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 3 8 2 3 3 7 2 | | COLOMBIA 1 6 9 | CASTILLA | CONTRERAS | OSVALDO | ANTONIO | | | | 2 0 1 8 0 3 2 0 | |
| 5 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 6 5 4 9 5 7 3 9 | | COLOMBIA 1 6 9 | VARGAS | TORRES | AMPARO | | | | | 1 9 8 9 0 9 1 1 | 2 0 1 1 0 6 0 3 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003219384

(415)7707212489984(8020) **000014100321938 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

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

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cédula de Ciudada 1 3 | 4 2 0 7 7 5 0 0 | | COLOMBIA 1 6 9 | CARDONA | GIRALDO | DORA | | | | | 2 0 1 8 0 3 2 0 | |
| 2 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 8 8 2 7 2 9 1 1 | | COLOMBIA 1 6 9 | ESCOBAR | VARGAS | LIZ | ANDREA | | | | 2 0 1 1 0 6 0 3 | 2 0 1 6 0 3 3 1 |
| 3 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 1 2 7 5 5 9 | | COLOMBIA 1 6 9 | SALAZAR | VILLEGAS | FERNANDO | | | | | 2 0 1 1 0 6 0 3 | 2 0 1 6 0 3 3 1 |
| 4 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 2 4 6 4 4 7 7 3 | | COLOMBIA 1 6 9 | GOMEZ | MARIN | LUZ | STELLA | | | | 2 0 1 1 0 6 0 3 | 2 0 1 6 0 3 3 1 |
| 5 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 3 0 3 0 1 8 0 9 | | COLOMBIA 1 6 9 | RAMIREZ | RAMIREZ | MARIA | MERCEDES | | | | 2 0 1 6 0 3 3 1 | 2 0 1 8 0 3 2 0 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003219384

(415)7707212489984(8020) **000014100321938 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

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

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 0 5 4 2 2 | | COLOMBIA 1 6 9 | MORENO | GOMEZ | GERMAN | ALBERTO | | | | 2 0 1 8 0 3 2 0 | |
| 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 3 5 3 8 8 | | COLOMBIA 1 6 9 | FRANCO | LONDOÑO | JAIRO | | | | | 2 0 1 8 0 3 2 0 | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003219384

(415)7707212489984(8020) **000014100321938 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 2 1 3 5 3 5 5 | | 8 2 3 0 5 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HENAO | DAVILA | ALEXANDRA | MARIA |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 1 1 0 9

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 2 1 1 8 4 3 5 | | 1 4 3 1 3 2 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ESTRADA | RAMIREZ | LINA | MARIA |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 0 6 0 1

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 5 0 0 1 3 0 2 | | 6 0 3 7 1 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALVAREZ | LOPEZ | JOSE | LEONCIO |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 6 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003219384

(415)7707212489984(8020) **000014100321938 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 8 2 4 4 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Pereira | 1 6 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA SAS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Risaralda 6 6 | Pereira 0 0 1 | |

165. Dirección: AV 30 DE AGOSTO 36 47

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 7 1 7 5 6 0 2 | 2 0 1 1 0 8 1 1 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 3 4 8 9 2 3 3 | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 | |

162. Nombre del establecimiento: INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Risaralda 6 6 | Pereira 0 0 1 | |

165. Dirección: KM 7 VIA PEREIRA-CERRITOS EN CUATRO QUIMBAYITA LA POSADA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 8 1 9 4 9 7 1 | 2 0 2 2 0 3 0 1 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 3 2 1 2 4 3 2 | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 | |

162. Nombre del establecimiento: INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA SAS.

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Risaralda 6 6 | Pereira 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 11 23 31 BRR LOS ALAMOS

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 5 5 1 5 5 0 2 | 1 9 8 9 0 9 1 8 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 3 2 1 5 2 3 0 | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Sotax
Una verdadera "Compañía"

Pereira, 14 de noviembre de 2024

**Para:** **A QUIEN INTERESE**

**Ref.** **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL RISARALDA SAS**
NIT 800.082.446-4
Certificación Aportes Seguridad Social y Parafiscales

Yo ALEXANDRA MARÍA HENAO DÁVILA en mi calidad de Revisora Fiscal del Instituto, me permito certificar:

- Que el Instituto se encuentra legalmente constituida y registrada ante la Cámara de Comercio de Pereira.
- Que el Instituto tiene registrados sus libros contables y de actas.
- Que el Instituto lleva su contabilidad acorde con los principios vigentes en Colombia y regulados por el código de comercio y especialmente por la Ley 1314 de 2009.
- Que todas sus transacciones económicas son debidamente reconocidas en la contabilidad, y sus documentos soportes, los cuales cumplen con la normatividad vigente, son archivados en forma adecuada.
- Que entre sus soportes y los asientos contables existe una ajustada relación.
- Con base en los datos que arroja la contabilidad del Instituto, me permito certificar que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, se ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. Los aportes son debidamente causados mensualmente y los pagos han sido registrados en la contabilidad.
- Que la última planilla validada corresponde a los aportes del mes de cotización octubre-2024 según planilla de Asopagos No 31512373.

Atentamente,

**Alexandra María Henao Dávila**
Revisora Fiscal – En representación de Sotax Consultores SAS
Matricula Profesional No. 82305-T