Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC550088

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
ff117620f6e603e1ec2c39038f53a9d871d8273200a4f34459b2eae62467a7e95a1e99adefecfb9511e0da9e54b4e18c

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-11-18 07:35:17**
Fecha Vencimiento : **18/12/2024**
Forma de pago : **Credito**

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

Datos Paciente

Nombre: **ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA**
Identificacion: **CC 42101739**
Dirección : **CALLE 2 # 4A - 20**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3146620454 - 3147471332**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **25/10/2024**
F. Salida : **25/10/2024**
Historia : **T-70683**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
893805	Curva De Flujo De Volumen Pre Y Post-	25/10/2024	1089	1,00	194.400	194.400			194.400
	Total ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA								**194.400**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	194.400
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	
Total Factura	**194.400**

SON: Ciento Noventa y Cuatro Mil, Cuatrocientos Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: FEVC551605

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
ce8fd425d749c971ba25d5a2c8af1ee8671478433fe4e5a6a0b53056e44b669148e0edf7635e40dc4100598b8ad046a2

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-02 10:12:59**
Fecha Vencimiento : **01/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificacion: **CC 9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**

Datos Atención

Via Ingreso: **RADIOLOGÍA**
F ingreso: **02/11/2024**
F. Salida : **02/11/2024**
Historia : **T-34528**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
881302	Ecografia Abdomen Total Incluye: Higado*	02/11/2024	1066	1,00	288.900	288.900		0	288.900

Total SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS **288.900**

Observaciones

T238 AUT EN FISICO N 1066

Valores Finales

Sub Total	288.900
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**288.900**

SON: Doscientos Ochenta y Ocho Mil, Novecientos Pesos con 00/100 **

Responsable / Aprueba

Laura V. Niño M.
Niño Martinez Laura Vanessa

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9
Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC551607

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :

52dd707c17061e4c6054b776091f634d7d3be0fbb894b8dabf770c453f6ef98d73c77fad473e2ad
a963cde7f42b51246

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-02 16:30:55**
Fecha Vencimiento : **01/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificacion: **CC 9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**

Datos Atención

Via Ingreso: **RADIOLOGÍA**
F ingreso: **29/11/2024**
F. Salida : **29/11/2024**
Historia : **T-34528**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
871121	Torax (pa O P A Y Lateral) Rx	29/11/2024	1390	1,00	89.370	89.370		0	89.370
	Total SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS								**89.370**

Observaciones

T238 AUT 1390

Valores Finales

Sub Total	89.370
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**89.370**

SON: Ochenta y Nueve Mil, Trescientos Setenta Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Laura V. Niño M.
Niño Martinez Laura Vanessa

Aceptada

FIRMA Y SELLC
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: FEVC551615

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
67204e8d471d05bec75cd1d00bfc9029108a98c832d0c301282ae77092b43359248a9c17529f2 6f8647cc013cd950825

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-02 10:39:52**
Fecha Vencimiento : **01/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificacion: **CC 9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **22/11/2024**
F. Salida : **22/11/2024**
Historia : **T-34528**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890366	Control Medicina Interna	22/11/2024	1068	1,00	105.000	105.000		0	105.000
	Total SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS								**105.000**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	105.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**105.000**

SON: Ciento Cinco Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Johanna R
Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC551616

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
dd332b35d02e9241dcecdee1709dcf9b8a552594bda6b4b1abd63a02f0606603bbc6ae493a15c384a8c9c0fa95a046e5

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-02 10:44:12**
Fecha Vencimiento : **01/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **SIERRA RINCON LUZ MYRIAM**
Identificacion: **CC 46354642**
Dirección : **CARRERA 7A N° 11 -36**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3173199686 - 3213444786**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **13/11/2024**
F. Salida : **13/11/2024**
Historia : **0036974**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890206	Determinacion Del Regimen Dietetico	13/11/2024	937	1,00	65.000	65.000		0	65.000
	Total SIERRA RINCON LUZ MYRIAM								**65.000**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	65.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**65.000**

SON: Sesenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Johanna R
Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC551618

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
b67ab3a4dd5509a3defff3e97d427fd55a28ce158f462f0be09e61d3b7ba821a382c04c778ceeb0
0b26d310a23b5b334

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-02 10:47:00**
Fecha Vencimiento : **01/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA**
Identificacion: **CC 42101739**
Dirección : **CALLE 2 # 4A - 20**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3146620454 - 3147471332**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **26/11/2024**
F. Salida : **26/11/2024**
Historia : **T-70683**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890242	Consulta Dermatologia	26/11/2024	1322	1,00	155.000	155.000		0	155.000
	Total ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA								**155.000**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	155.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**155.000**

SON: Ciento Cincuenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: FEVC551717

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
17798089d116d294518054c4cfe3b485dbf0470cfbc6740b5d07ba685ed2290c9d1f028247669d75cef91ac38c433025

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-02 17:34:35**
Fecha Vencimiento : **01/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificacion: **CC 9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **01/11/2024**
F. Salida : **01/11/2024**
Historia : **T-34528**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890206	Determinacion Del Regimen Dietetico	01/11/2024	1067	1,00	65.000	65.000		0	65.000

Total SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS **65.000**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	65.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**65.000**

SON: Sesenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: FEVC551719

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
7d84f63b40fdf8cdc834c5b94d28f70c9ad314dad09e20592d43002f4be3e278bcc483dcfe7f3911140e8aa6d0a3d399

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-02 17:38:10**
Fecha Vencimiento : **01/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

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

Datos Paciente

Nombre: **HERRERA RINCON EDNA FABIOLA**
Identificacion: **CC 40380163**
Dirección : **CALLE 10 N° 37A - 69**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3115133216 - 3133933815**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **06/11/2024**
F. Salida : **06/11/2024**
Historia : **0054759**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890364	Control Fisiatria	06/11/2024	1112	1,00	105.000	105.000		0	105.000

Total HERRERA RINCON EDNA FABIOLA **105.000**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	105.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**105.000**

SON: Ciento Cinco Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC551876

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :
72f64830cbb20b0b94c203cc55a9d708131c35c28da41f7f1fe725566f00351394e8fd2deaf239b
6443c2bc3ab5e1ec0

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-04 08:43:00**
Fecha Vencimiento : **03/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **HERRERA RINCON EDNA FABIOLA**
Identificacion: **CC 40380163**
Dirección : **CALLE 10 N° 37A - 69**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3115133216 - 3133933815**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **28/10/2024**
F. Salida : **28/10/2024**
Historia : **0054759**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	930860	Electromiografia (cada Extremidad)	UN	28/10/24	1111	1,00	78.750	78.750			78.750
2	930860	Electromiografia (cada Extremidad)	UN	28/10/24	1111	1,00	78.750	78.750			78.750
3	891509	Neuroconduccion (cada Nervio)	UN	28/10/24	1111	1,00	64.800	64.800			64.800
4	891509	Neuroconduccion (cada Nervio)	UN	28/10/24	1111	1,00	64.800	64.800			64.800
5	891509	Neuroconduccion (cada Nervio)	UN	28/10/24	1111	1,00	64.800	64.800			64.800
6	891509	Neuroconduccion (cada Nervio)	UN	28/10/24	1111	1,00	64.800	64.800			64.800
7	891509	Neuroconduccion (cada Nervio)	UN	28/10/24	1111	1,00	64.800	64.800			64.800
8	891509	Neuroconduccion (cada Nervio)	UN	28/10/24	1111	1,00	64.800	64.800			64.800
9	891503	Reflejo H F O Palpebral	UN	28/10/24	1111	1,00	79.200	79.200			79.200

Total Items **9**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	625.500
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	
Total Factura	**625.500**

SON: Seiscientos Veinte y Cinco Mil, Quinientos Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC551877

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :
8718fe0ef740f9a846381cda1ad22728b6c01f38f461069efff660a76313be97a5cf9d6cae695212
8c42c9fe180d111a

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-04 08:53:24**
Fecha Vencimiento : **03/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA**
Identificacion: **CC 42101739**
Dirección : **CALLE 2 # 4A - 20**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3146620454 - 3147471332**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **05/11/2024**
F. Salida : **05/11/2024**
Historia : **T-70683**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	954107	Audiometria Tonal	UN	05/11/24	1088	1,00	44.910	44.910			44.910
2	954301	Audiometria Verbal (logoaudiometria)	UN	05/11/24	1088	1,00	44.910	44.910			44.910
3	954302	Impedanciometria	UN	05/11/24	1088	1,00	46.980	46.980			46.980

Total Items: **3**

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	136.800
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	
Total Factura	**136.800**

SON: Ciento Treinta y Seis Mil, Ochocientos Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC551878

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :

33f285fc3c317610766b309bc8237ddfd75cb6cfeb1486b67a35ef051f17465a1508e926add69f9
e5de8e12e12e0f998

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-04 08:59:24**
Fecha Vencimiento : **03/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **PUENTES DE BALAGUERA ELCIDA**
Identificacion: **CC 23322105**
Dirección : **VEREDA SAN LORENZO DE ABAJO**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3242589932 - 3124398780 - 3143395114**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **12/11/2024**
F. Salida : **12/11/2024**
Historia : **T-133918**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	954107	Audiometria Tonal	UN	12/11/24	1142	1,00	44.910	44.910			44.910
2	954301	Audiometria Verbal (logoaudiometria)	UN	12/11/24	1142	1,00	44.910	44.910			44.910
3	954302	Impedanciometria	UN	12/11/24	1142	1,00	46.980	46.980			46.980

Total Items:3

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	136.800
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	
Total Factura	**136.800**

SON: Ciento Treinta y Seis Mil, Ochocientos Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC551957

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
f8cfff2a3b8dc1aa4ab858138bd959c47a9c14fe0716562424757f908e6fbd1dbfb5bd21af52abb0
44887c10fd8f5190

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-12-04 13:39:22**
Fecha Vencimiento : **03/01/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA**
Identificacion: **CC42101739**
Dirección : **CALLE 2 # 4A - 20**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3146620454 - 3147471332**

Datos Atención

Via Ingreso: **URGENCIAS**
F ingreso: **07/11/2024**
F. Salida : **07/11/2024**
Historia : **T-70683**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890701	Consulta De Urgencias Medicina General	07/11/2024		1,00	73.300	73.300		0	73.300

Total ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA **73.300**

Observaciones

T238 AUTORIZACION 864 09/12/2024

Valores Finales

Sub Total	73.300
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**73.300**

SON: Setenta y Tres Mil, Trescientos Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Puentes Rodriguez Martha Nubia

Aceptada

FIRMA Y SELLC
C.C. Ó NIT.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764068113306

(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

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

11. Razón social
SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Sogamoso

Cód. 2 6

24. Dirección
TV 29 9 C 41

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Boyacá	Duitama

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

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

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

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

AUTORIZADO

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

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2024-04-01 / 08:14:20 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres POSADA PRADA CARLOS ALBERTO
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 79277061 1004. DV 6
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

997. Fecha formalización 2024-04-01 08:14:20

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764068113306

(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

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

11. Razón social

SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

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

AUTORIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141067538421

(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6	

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
SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA BOYACA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal
TV 29 9 C 41

42. Correo electrónico clinicaboyaca@gmail.com

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

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 7 0 1 0 1	8 6 2 1	1 9 8 4 1 1 2 0					1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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

Exportadores						
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 6 61. Fecha 2024 - 07 - 25 / 09 : 39: 02

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

Firma del solicitante:

79237061

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CALERO NORIEGA MARTINA MERCEDES

985. Cargo Gestor II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141067538421

(415)7707212489984(8020) **000014106753842 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 0	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

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

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 2 2		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141067538421

(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 8 0 4 1 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 2 7 7 0 6 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
POSADA	PRADA	CARLOS	ALBERTO

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 4 0 7 0 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 5 2 3 9 1 3 9 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ESTEPA	LOPEZ	GLORIA	ESPERANZA

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

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 141067538421

(415)7707212489984(8020) **000014106753842 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	9 5 2 1 6 3 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GARCIA	ROJAS	GUILLERMO	ALONSO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 0 5 1 0	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	7 2 1 8 3 1 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AVELLA	HERNANDEZ	FREDY	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 0 5 1 0	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 1 1 1 5 6 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SANCHEZ	ARCHILA	JORGE	ELIECER

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 0 5 1 0	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	5 2 5 8 1 0 0 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
FAJARDO	PIEDRAHITA	ADRIANA	MARCELA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 0 5 1 0	2 0 2 4 0 7 0 9

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 9 4 9 0 9 8 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GARCIA	DEL RIO	OSCAR	HERNAN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 0 5 1 0	

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 141067538421

(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT 3 1	9 0 0 0 5 8 8 3 9	7	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social: VPH SALUD LIMITADA

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 7 0 9	

2

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

3

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

4

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

5

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141067538421

(415)7707212489984(8020) **000014106753842 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

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	9 5 1 8 8 9 1		1 3 5 6 0

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ACUÑA	SANCHEZ	HECTOR	MANUEL

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

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 7 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 6 3 5 7 7 2 0	5	3 1 3 4 4

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
BAYONA	MOLANO	DORA	LIGIA

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

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 7 0 9

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

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

159. Fecha de nombramiento:

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141067538421

(415)7707212489984(8020) 000014106753842 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Centro de explotación de ser 0 7	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento: CLINICA BOYACA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

165. Dirección: TV 29 9C 41

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

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

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

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

Dada en Duitama a los 05 días del mes noviembre de 2024.

CARLOS ALBERTO POSADA PRADA
REPRESENTANTE LEGAL

Transversal 29 No. 9C -41
Teléfonos 7602579 - 7631385
7631386 - 7619303 - 7631448
E- Mail: clinicaboyaca@gmail.com

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1029733798	9476739778	E	2024/11/05	2024/11/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$157,077,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				228	$94,208,300	$0	$0	$94,208,300
COLFONDOS	23l001	800,227,940	6	12	$6,690,400	$0	$0	$6,690,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	121	$49,515,400	$0	$0	$49,515,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	85	$34,042,500	$0	$0	$34,042,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	10	$3,960,000	$0	$0	$3,960,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				242	$13,800,700	$0	$0	$13,800,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	242	$13,800,700	$0	$0	$13,800,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				230	$22,509,500	$0	$0	$22,509,500
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	230	$22,509,500	$0	$0	$22,509,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				242	$25,991,900	$0	$0	$25,991,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$61,800	$0	$0	$61,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	31	$3,763,400	$0	$0	$3,763,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	3	$298,500	$0	$0	$298,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$131,300	$0	$0	$131,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	26	$3,279,600	$0	$0	$3,279,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	96	$9,339,700	$0	$0	$9,339,700
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	13	$1,240,100	$0	$0	$1,240,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$138,000	$0	$0	$138,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	70	$7,739,500	$0	$0	$7,739,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$340,000	$0	$0	$340,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$340,000	$0	$0	$340,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,700	$0	$0	$226,700
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$226,700	$0	$0	$226,700
TOTAL				242	$157,077,100	$0	$0	$157,077,100

2024/11/06 09:27 AM

aportes en línea

Comprobante de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2024-10	Periodo Salud	2024-11
Fecha limite de pago	2024/11/05	Fecha de pago	2024/11/05
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$157,077,100
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$157,077,100

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9476739778
Clave de pago	1029733798
Banco	BANCO DAVIVIENDA

2024/11/06 09:25 AM

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

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

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

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

Dada en Duitama a los 05 días del mes diciembre de 2024.

CARLOS ALBERTO POSADA PRADA
REPRESENTANTE LEGAL

Transversal 29 No. 9C -41
Teléfonos 7602579 - 7631385
7631386 - 7619303 - 7631448
E- Mail: clinicaboyaca@gmail.com

aportes en línea

Comprobante de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2024-11	Periodo Salud	2024-12
Fecha límite de pago	2024/12/03	Fecha de pago	2024/12/03
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$152,204,000
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$152,204,000

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9478431992
Clave de pago	1097448089
Banco	BANCO DAVIVIENDA

2024/12/05 04:06 PM

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1097448089	9478431992	E	2024/12/03	2024/12/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$152,204,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				224	$90,747,500	$0	$0	$90,747,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	12	$6,384,200	$0	$0	$6,384,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	119	$48,090,300	$0	$0	$48,090,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	83	$32,567,000	$0	$0	$32,567,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	10	$3,706,000	$0	$0	$3,706,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				243	$13,541,400	$0	$0	$13,541,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	243	$13,541,400	$0	$0	$13,541,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				226	$21,840,700	$0	$0	$21,840,700
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	226	$21,840,700	$0	$0	$21,840,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				243	$25,507,700	$0	$0	$25,507,700
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$56,200	$0	$0	$56,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	32	$3,757,000	$0	$0	$3,757,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	3	$303,000	$0	$0	$303,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$140,600	$0	$0	$140,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	27	$3,382,200	$0	$0	$3,382,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	95	$9,041,500	$0	$0	$9,041,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	13	$1,200,900	$0	$0	$1,200,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$136,900	$0	$0	$136,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	70	$7,489,400	$0	$0	$7,489,400
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$340,000	$0	$0	$340,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$340,000	$0	$0	$340,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,700	$0	$0	$226,700
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$226,700	$0	$0	$226,700
TOTAL				243	$152,204,000	$0	$0	$152,204,000

2024/12/05 04:07 PM

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



13560-T

HECTOR MANUEL
ACUÑA SANCHEZ
C.C. 9.518.891
RESOLUCION INSCRIPCION 2140-T FECHA 31-X-85
UNIVERSIDAD U.P.T.C.

Presidente

00020520

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.518.891**

ACUÑA SANCHEZ

APELLIDOS

HECTOR MANUEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

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

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

17-ENE-1976 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0730700-00211644-M-0009518891-20100129 0020458954G 2 27766210

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5736607B030F924C

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

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

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

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

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

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
DUITAMA

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

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

Esta constancia se expide con destino a QUIEN LE INTERESE
Elaborada en la oficina 540 VELEZ el dia 25 del mes 11 del año 2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR

Fogafín

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHamendozr	ADRIANA DEL ROSARIO MENDOZA RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	2024-06-06-11:33 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

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

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

TERCERO ORIGINAL

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

CUENTA BANCARIA

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

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	7219380	**Nombre:**	RAMON ANSELMO VARGAS LOPEZ	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL BOYACA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.6404665	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2024-06-06

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	A-03-04-02-021 SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONALES (NO DE PENSIONES)	Propios	27	CSF		1.100.000,00	0,00		
					Total:	1.100.000,00	0,00	1.100.000,00	1.100.000,00

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		18.900.000,00	0,00		
					Total:	18.900.000,00	0,00	18.900.000,00	18.900.000,00

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

PLAN DE PAGOS

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

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

Edwin Eddaly Sibo Ortìz

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

Uptc
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC
ORDENANZA 030 DE 2005

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7642800
Contratista:	SOCIEDAD CLINICA BOYACA SAS
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	891856507
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
Contratante:	SENA - 899999034 /NIT



Numero de Contrato:	6404665	Vigencia:	2024
Base Gravable	$2040070	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 21,000.00
Fecha de Pago:	06/12/2024		

PBX (57) 8 7405626 / 7436208 www.uptc.edu.co Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá

En caso de consulta: e-mail cartera.estampillas@uptc.edu.co