PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 4 del 15/11/2024	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	**Dirección Regional Nariño.**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**SONIA NARDET VITERI ROSERO**
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	N/A
CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.6407151 DE 2024
TIPO DE CONTRATO:	**Minima Cuantia**
OBJETO:	Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño, para la vigencia 2024 (lote 2)
VALOR:	$ 8.000.000
MODIFICACION DISMINUCION	Del valor del contrato inicialmente pactado se disminuirá la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA. CTE. ($2.649.452)
NUEVO VALOR CONTRATO	El nuevo valor del contrato será la suma de CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MDA. CTE. ($**5.350.541**).
CONTRATISTA:	**PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. PROINSALUD S.A S**
NIT:	800.176.807-4
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Municipio de Pasto – SENA Regional Nariño
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	7 de junio del 2024
FECHA DE INICIO:	18 de junio del 2024
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	18 de junio del 2024 al 31 de diciembre del año 2024
FORMA DE PAGO:	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a pagar el valor del contrato subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto de la siguiente manera: El Sena pagará dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista cuando esta se deba expedir, previa recepción de los servicios a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar

	soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Además, el contratista debe anexar la certificación de pago de los aportes parafiscales, seguridad social (esto en cumplimiento de las leyes 789 de 2002 y 828 de 2003). El pago estará sujeto a la disponibilidad de PAC. El SENA efectuará las retenciones que en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su obligación efectuar la retención. En los demás casos, el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación, si es del caso. Deberán ser tramitadas por el CONTRATISTA, las devoluciones o exenciones a que crea tener derecho ante la respectiva Administración de Impuestos, sin responsabilidad alguna por parte del SENA o costo para ella. Todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la constitución de la garantía única de cumplimiento en caso de que se le requiera, son de cargo exclusivo del CONTRATISTA. Por lo tanto, los precios que se propongan deberán considerar tales conceptos. En el evento de que las facturas no estén correctamente diligenciadas o no se acompañen de los documentos exigidos como requisito para el pago, el término para el mismo sólo empezará a contar a partir de la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y, las mismas, no generarán pago de intereses o compensación alguna por parte del SENA. La factura deberá expedirse a nombre del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, NIT 899.999.034-1, y cumplir con lo estipulado en el artículo 616-1 y 617 del estatuto tributario. Nota 1: El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta que indique el contratista, para lo cual deberá entregar al SENA, dentro del término que indique la Entidad, una certificación bancaria vigente, con fecha de expedición no mayor a 30 días. Nota 2: Para la realización del pago derivado del presente contrato, el contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de los aportes parafiscales y a lo relativo al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.Nota 3. Deberán cumplir con el cargue de los documentos requeridos para el cobro en la respectiva línea de pago en el expediente digital del SECOP, dichos documentos se identifican como FV,

	GF y GF. Documentos que se apoyan en su proyección desde el área de contratación del centro de formación pero que serán agrupados con la totalidad de documentos que los contienen, así: FV: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFEGF: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE, comprobante de pago de la seguridad social del periodo, certificado de paz y salvo por los últimos 6 meses de los aportes parafiscales, si el certificado va firmado por contador y/o revisor fiscal se acompañará de la tarjeta profesional y del certificado de antecedentes de JCC, RUT con expedición inferior a 180 días, Certificación Bancaria con expedición inferior a 3 meses. GC: Informe de supervisión y evidencias de entrega y cumplimiento del bien o servicio. Nota 3: En todo caso, los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), aprobado por la Dirección General de la Entidad y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

OBLIGACIONES (Incluya todas las obligaciones contractuales)	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
El contratista deberá presentar junto con el pago el soporte o recibo de cancelación de la planilla de las obligaciones al Sistema de Seguridad Social (salud, pensión y riesgos laborales). sistema de seguridad social integral, parafiscalidad (cajas de compensación familiar, SENA, ICBF), y cuota de aprendices si lo amerita y acreditar encontrarse a paz y salvo		**DOCUMENTO CARGADO Y PRESENTADO**

El Contratista deberá entregar a la Entidad con el pago Certificación del Nivel de Riesgo al cual pertenece, emitida por la ARL con fecha de expedición no mayor a 30 días calendario		**DOCUMENTO CARGADO Y PRESENTADO**
El contratista deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados		**DOCUMENTOS PRESENTADOS CARGADOS Y REVISADOS**
El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a beneficiarios del servicio médicoasistencial		
Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Nariño, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos, mediante el carné vigente y la orden de atención expedida por el médico asesor de la		**EL BENEFICIARIO DEBE PRESENTAR ORDEN DE AUTORIACION DADA POR LA MEDICA ASESORA Y ADJUNTAR COPIA DE CEDULA Y CARNET IDENTIFICANDOSE ASI COMO BENEFICIARIO DEL SMA**

Regional Nariño, la cual será válida por un mes		
La atención para los beneficiarios del SMA, debe ser preferencial y en consultorio privado.		
En caso de solicitar ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, debe anexar por escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud		
Llevar la historia clínica debidamente diligenciada, efectuar la remisión oportuna y dejar constancia con fecha exacta de cada atención o control que se haya prestado a cada paciente		
Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo		
Permitir el acceso a las historias Clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados		
Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenesde atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la		**EL CONTRATISTA DEBE ADJUNTAR LA DOCUMENTACION SOLICITADA POR EL SENA PARA EL TRAMITE DE PAGO Y ESTA DEBE SER CARGADA EN LA**

factura subir a la plataforma Secop II. **Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas**		**PLATAFORMA DE SECOP2 PARA SU APROBACION**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad		**SE INFORMO A LA EMPRESA QUE PARA EVITAR ESTO SE LOS BENEFICIARIOS SE DEBEN IDENTIFICAR CON CARNET DEL SENA**
Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión médica		
Ejecutar el objeto del presente contrato en los plazos establecidos, bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras estipuladas en las cláusulas correspondientes y deacuerdo con su oferta según corresponda la cual hace parte vinculante del contrato		

FECHA	No. DE FACTURA	VALOR A CANCELAR	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
Mes de octubre 2024	**Cuenta de cobro 9937**	**$ 1.146.546**	**$ 4.586.184**	**$ 764.357**	

OBSERVACIONES

En desarrollo de las funciones de supervisión me permito certificar mediante la presente Acta que: EL CONTRATISTA **PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. PROINSALUD S.A S identificado con NIT N°. 800.176.807-4** ha cumplido a satisfacción con el objeto del contrato Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesordel SENA Regional Nariño, para la vigencia 2024, lote 2, Identificado al inicio de esta acta, razón por la cual se le debe reconocer por concepto de pago la cuenta de cobro número **9937 correspondiente a la mes de octubre** del 2024 por la suma de **($ 1.146.546)** correspondiente al cumplimiento del objeto contractual.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

Supervisor: **SONIA NARDET VITERI ROSERO**

Cargo: **LIDER SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

CC No. **30728850**

Elaboró: Diego Guerrero Ch.

Revisó: Sonia Nardet Viteri R.

cargo: líder SMA y SST

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 150400

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-10-28	09:31:04
Expedición	2024-10-28	21:35:07
Vencimiento	2024-10-28	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410053000001	SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS	UND	1.00	382,182.00	382,182.00

Total Items 1

Total Bruto	382,182.00
Total a Pagar	**$ 382.182,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 150400 Vence el 2024-10-28 382.182,00

VALOR EN LETRAS

Trescientos Ochenta Y Dos Mil Ciento Ochenta Y Dos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 30737315 MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA Edad: 58 Servicio: Optometria Ingreso: 2024-10-21 Egreso: 2024-10-21 Dx: H521 MIOPIA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
21/10/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
21/10/2024

Número de póliza
-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE:acdbe0b0d78acbd0034b911da7fc050b905becb97458b3d6897f46a170ed9cc506ef8de367ae6507b68476e7c2cb9110

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 27/10/2024 Factura Nro: **FE 150400**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin:	Identificacin: 30737315	Autorizacin:
Nombre: MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA	Fecha Nacimiento: 01/10/1966	Edad: 58 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 21/10/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 21/10/2024	Rgimen: 1
Dx: H521 MIOPIA		Servicio: Optometria

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Optometria			
		Otros Procedimientos			
		SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS	1	382,182	382,182

SUBTOTAL:	382,182
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**382,182**

SON: TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA

FE 150400

21-10 ENTREGA.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1012 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 16/09/2024

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

DOCTOR	OPTOMETRIA	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	LENTES Y MONTURA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

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

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

LENTES Y MONTURA

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADA POR OPTOMETRIA, ANEXAR HISTORIA CLINICA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO			

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

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI María Mercedes Hernández

C.C.No. 30.737.315 Pasto.

21-10-2024

Proinsalud S.A
FACTURACION
CONSULTA EXTERNA
ENTREGA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.737.315
HERNANDEZ CHINCHAJOA
APELLIDOS
MARIA MERCEDES
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1966
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-OCT-1985 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A 2 000136 0014B856 1 30737315 2006011B 0009496037A 1 8020201

12987363-A



MARÌA MERCEDES
HERNANDEZ CH.
C.C 30.737.315
RH B+
Fecha de nacimiento 01/10/1966

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
DE CLASE MUNDIAL

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 150401

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-10-28	09:31:04
Expedición	2024-10-28	21:35:19
Vencimiento	2024-10-28	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410053000001	SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS	UND	1.00	382,182.00	382,182.00

Total Items 1

Total Bruto	382,182.00
Total a Pagar	**$ 382.182,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 150401 Vence el 2024-10-28 382.182,00

VALOR EN LETRAS

Trescientos Ochenta Y Dos Mil Ciento Ochenta Y Dos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 1004232799 JUAN JOSE VILLAREAL LUNA Edad: 22 Servicio: Optometria Ingreso: 2024-10-21 Egreso: 2024-10-21 Dx: H521 MIOPIA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
21/10/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
21/10/2024

Número de póliza
-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :6b12d64ec3a1e1aae257f28fea937b209507b5d0282db79ff6ec0417ef872089c7ab379a85b1e9ae8b287b88522fc23a

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 27/10/2024 Factura Nro: **FE 150401**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin:	Identificacin: 1004232799	Autorizacin:
Nombre: JUAN JOSE VILLAREAL LUNA	Fecha Nacimiento: 03/06/2002	Edad: 22 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 21/10/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 21/10/2024	Rgimen: 1
Dx: H521 MIOPIA		Servicio: Optometria

CONCP CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
	Optometria			
	Otros Procedimientos			
	SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS	1	382,182	382,182

SUBTOTAL:	382,182
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**382,182**

SON: TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

JUAN JOSE VILLAREAL LUNA

21-10 ENTREGA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 412 LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 1/10/2024

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS ☐	CONSULTA T.O ☐		
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA X	PARA E.P. ☐		
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐		
DOCTOR		OPTOMETRIA	TELEFONO		
CLINICA: PROINSALUD					
FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU		CONSULTORIO CLINICA			
A: JUAN JOSE VILLARREAL LUNA		CARNE No. 30742769 A			
FAMILIAR DE: KATTY LUNA		[illegible] ☐ X	☐	☐ X	

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

LENTES Y MONTURA

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADO POR OPTOMETRIA, ES ORDEN PARA LENTES Y MONTURA

RENUEVO ORDEN

REMITIR EL RESULTADO A:			
DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Orfenia J. Montero
Médico General
R.M. 1094905073
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINAD

RECIBI

C.C.No. 1004132799

Proinsalud S.A.
FACTURACION
CONSULTA EXTERNA

21-10-2024 ENTREGA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1.004.232.799

VILLARREAL LUNA

JUAN JOSE



03-JUN-2002

PASTO
(NARIÑO)

1.75 AB+ M

12-NOV-2020 CALI

0072460-M-A-1

30742769-A

JUAN JOSE
VILLARREAL LUNA
T.I 1004232799
RH AB
Fecha de nacimiento 03/06/2002

KATTY PATRICIA LUNA GOMEZ

Nombre del Funcionario o Pensionado

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

Emilio Humberto Cerón Lasso

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 150402

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-10-28	09:31:04
Expedición	2024-10-28	21:35:27
Vencimiento	2024-10-28	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410053000001	SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS	UND	1.00	382,182.00	382,182.00

Total Items 1

Total Bruto	382,182.00
Total a Pagar	**$ 382.182,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 150402 Vence el 2024-10-28 382.182,00

VALOR EN LETRAS

Trescientos Ochenta Y Dos Mil Ciento Ochenta Y Dos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27197241 BERTHA LYDA GUERRA BASTIDAS Edad: 70 Servicio: Optometria Ingreso: 2024-10-21 Egreso: 2024-10-21 Dx: H521 MIOPIA Municipio: EL TAMBO (Estrato: 1 Regimen: 4 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
21/10/2024

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
21/10/2024

Número de póliza
-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18764077337687 **aprobado en** 2024-08-16 **hasta el** 2026-08-16, **vigencia** 2 Años, **prefijo** FE **desde el número** 100001 **al** 2000000

CUFE :355e59f6e25e52c07fd4015437f472e0d6c8d5626052032def6ac5fdb138f118ea5eb7b5a683830098c747b969c7c8e2

ORIGINAL

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

Fecha Elaboracin de Factura: 27/10/2024 Factura Nro: **FE 150402**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin:	Identificacin: 27197241	Autorizacin:
Nombre: BERTHA LYDA GUERRA BASTIDAS	Fecha Nacimiento: 02/12/1953	Edad: 70 Años
Municipio: EL TAMBO (NARIÑO)	Fecha de Ingreso: 21/10/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 21/10/2024	Rgimen: 4
Dx: H521 MIOPIA		Servicio: Optometria

CONCP CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
	Optometria			
	Otros Procedimientos			
	SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS	1	382,182	382,182

SUBTOTAL:	382,182
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**382,182**

SON: TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

BERTHA LYDA GUERRA BASTIDAS

16-10 Parasitario adulto

FE150403

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1007 LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 16/09/2024

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	GASTROENTEROLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A:MARIA LEONOR MUÑOZ DE CASTRO	CARNE No. 30724409-A
FAMILIAR DE: GLORIA CASTRO MUÑOZ	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA

OBSERVACIONES: POP COLECISTECTOMIA, A SU EGRESO HOSPITALARIO SS CONTROL EN 21 DIAS

13/09/2024

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO			

DYANA M. Montero
Médico General
R.M. 1094905073
U. del Quindío

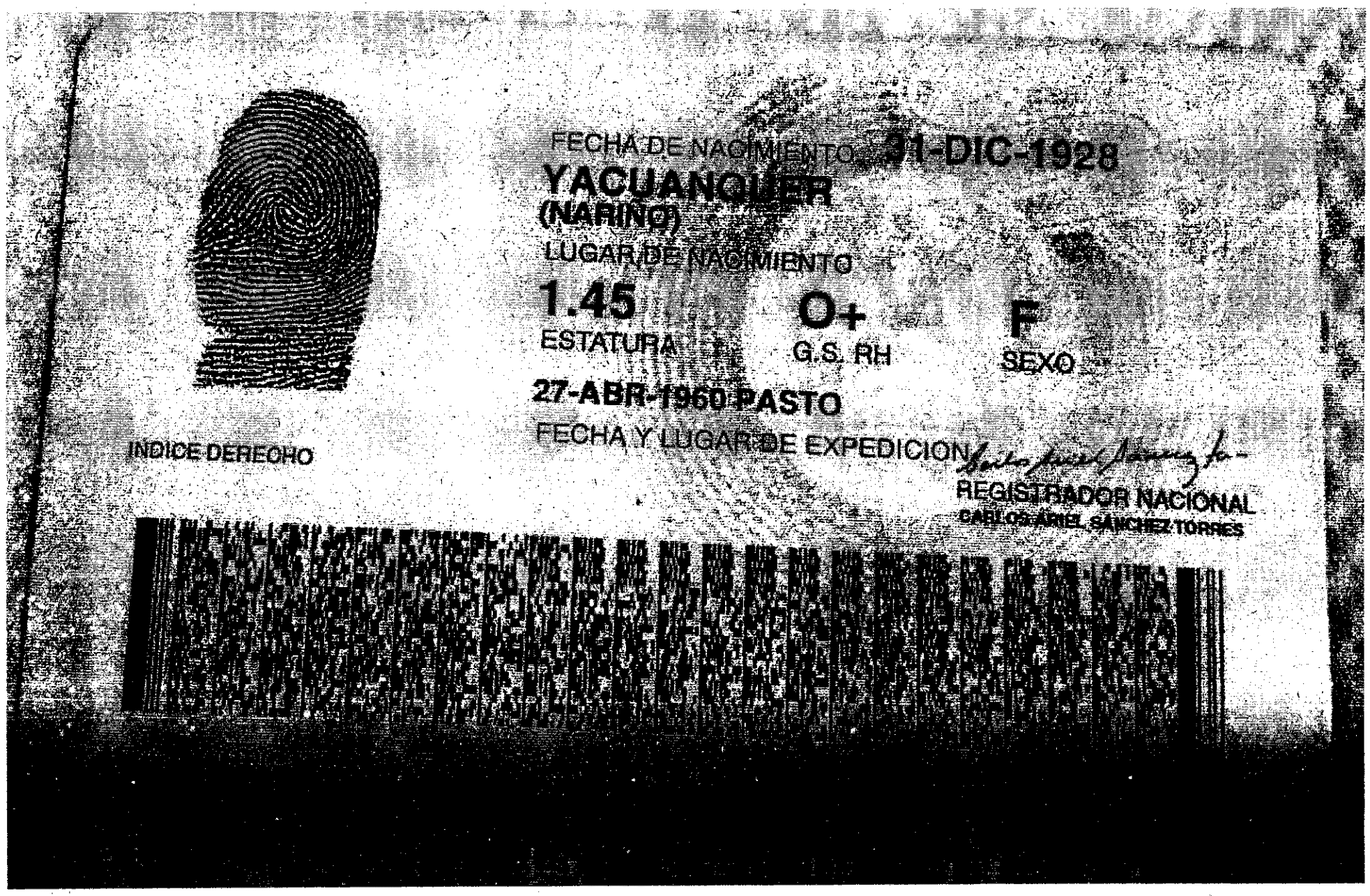
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI _____

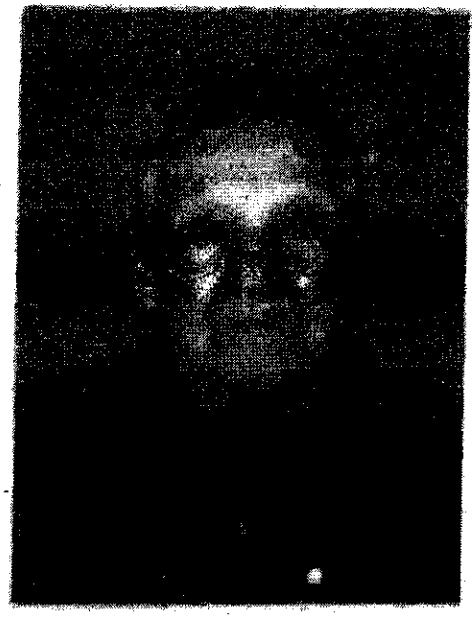
C.C.No.




FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1928
YACUANQUER
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-ABR-1960 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

NARIÑO

30.724.409-A



MARIA
MUÑOZ DE CASTRO
C.C. 27.056.013
O+

Fecha de nacimiento 31 DIC. 1928

SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA

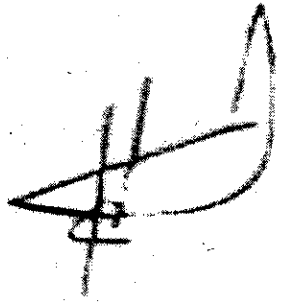
DE CLASE MUNDIAL

Powered by CamScanner

GLORIA MARINA CASTRO MUÑOZ

Nombre del Funcionario o Pensionado

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



Emilio Humberto Ceròn Lasso

Powered by CamScanner