CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	Pública Clasificada		Pública Reservada	

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL
ETAPA CONTRACTUAL
INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO NRO. CO1.PCCNTR.6568688

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	Despacho Dirección Regional Nariño
CONTRATO NRO.	CO1.PCCNTR.6246429 de 2024
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	24/04/2024
OBJETO	Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios medico quirúrgicos para adultos, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño.
CONTRATISTA	PROINSALUD SA
CC o NIT	800176807
LUGAR DE EJECUCIÓN	Pasto
FECHA DE INICIO	25/04/2024
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	245 días
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$130.000.000,00
PRÓRROGA NRO. 1	Se realiza una prórroga por 3 meses es decir hasta el día 31 de marzo del 2025 o hasta agotar presupuesto
FECHA DE TERMINACIÓN	31/03/2025
ADICIÓN NRO. 1	$46.288.410
ADICIÓN NRO. 2	$10.518.037,57
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$186.806.447,57
FORMA DE PAGO	El SENA pagará dentro de los treinta (30) días calendarios 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 calendarios. 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 CUFE: 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 calendarios, 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.
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	Informe de supervisión numero 9
PERIODO DEL INFORME	Mes de enero del 2025

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL (N/A)

OBLIGACIONES [Relacionar cada una de las obligaciones específicas]	**ACTIVIDADES REALIZADAS** [Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual]	**PRODUCTO O EVIDENCIA** [Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe]
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	**SE CUMPLE**	**Los documentos fueron entregados y revisados**
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	**SE CUMPLE**	**Los documentos fueron entregados 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 médico asistencial	**SE CUMPLE**	
Prestar los de servicios de urgencias, hospitalización y servicios medico quirúrgicos para adultos, diga y pro para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos, mediante el carné vigente y la orden de atención expedida por el médico asesor de la Regional Nariño, la cual será válida por un mes	**SE CUMPLE**	**El cual será prestado por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena las cuales deben ser acompañadas por los documentos que identifiquen al beneficiario como son copia de cedula y carnet**
En caso de solicitar ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, debe anexar por	**SE CUMPLE**	

escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud		
Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo	**SE CUMPLE**	
Permitir el acceso a los registros, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados	**SE CUMPLE**	
Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenes de atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la factura subir a la plataforma SECOP II. Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas	**SE CUMPLE**	**Cuentas de cobro presentadas por la empresa las cuales deben ser cargadas en la plataforma secop2 con todos sus soportes solicitados**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad	**SE CUMPLE**	**El contratista debe realizar la verificación solicitando al beneficiario la copia del carnet y de la cedula**
El Contratista deberá presentar y mantener vigentes los permisos o licencias exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado	**SE CUMPLE**	
Realizar entrega de resultados con oportunidad y facilidad de acceso a los reportes al paciente y/o al Servicio Médico Asesor de la Entidad dentro de las 72 horas posteriores a la toma de la muestra, a excepción de aquellos casos que por su proceso especializado requieran más tiempo para reportar		
No se aplicará copagos a los beneficiarios del SMA de conformidad a la Resolución 1-00824 de 2022		
La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos y/o Guías Médicas, aceptados en salud para	**SE CUMPLE**	

el manejo de pacientes		
Cumplir con la implementación de políticas de seguridad del paciente		
Todas aquellas obligaciones inherentes al contrato y necesarias para la correcta ejecución del objeto de este		

2.1 Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

N/A.

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	NRO. DE FACTURA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
18/06/2024	CTA 9516	2.408.695	2.408.695	184.397.752,57	1,28
12/07/2024	CTA 9572	1.581.112	3.989.807	182.816.640,57	2,13
20/08/2024	CTA 9662	2.997.145	6.986.952	179.819.495,57	3,74
19/09/2024	CTA 9771	7.281.627	14.268.579	172.537.868,57	7,63
24/10/2024	CTA 9833	72.218.764	86.487.343	100.319.104,57	46,29
15/11/2024	CTA 9897	15.712.833	102.200.176	84.606.271,57	54,7
9/12/2024	CTA 10029	24.451.399	126.651.575	60.154.872,57	67,79
19/12/2024	CTA 9900	17.483.879	144.135.454	42.670.993,57	77,15
12/02/2025	CTA 10030	3.789.259	147.924.713	38.881.734,57	79,18

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado** Mayo	**Planilla nro.** 30031560 del 5 de junio de 2024
	Periodo reportado Junio	**Planilla nro.** 30293940 del 3 de julio de 2024
	Periodo reportado Julio	**Planilla nro.** 30576126 del 2 de agosto de 2024
	Periodo reportado Agosto	**Planilla nro**. 30838124 del 3 de septiembre de 2024
	Periodo reportado septiembre	**Planilla nro.** 31130843 del 2 de octubre del 2024
	Periodo reportado octubre	**Planilla nro.** 31454004 del 5 de noviembre del 2024
	Periodo reportado noviembre	**Planilla nro.** 31736562 del 3 de diciembre del 2024
	Periodo reportado diciembre	**Planilla nro.** 32052061 del 3 de enero del 2025
	Periodo reportado enero	**Planilla nro. 9481437569** del 6 de febrero del 2025

5. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN

5.1 Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE PÓLIZA	41-46-101014921		
CERTIFICADO O ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	24/04/2024		
FECHA APROBACIÓN	25/04/2024		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Cumplimiento	23/04/2024	30/04/2025	13.000.000
Devolución del pago anticipado			
Salarios y prestaciones sociales	23/04/2024	31/12/2027	6.500.000
Calidad del servicio	23/04/2024	30/04/2025	26.000.0000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE PÓLIZA	41-54-101000515		
CERTIFICADO O DE ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	24/04/2024		
FECHA APROBACIÓN	25/05/2024		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	23/04/2024	31/12/2024	260.000.000

5.2 Multas y sanciones

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica como supervisor del contrato, que no se han presentado multas, indemnizaciones, reintegros ni sanciones.

5.3 Solicitud de modificación (N/A)

6. CERTIFICACIÓN

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 Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios medico quirúrgicos para adultos, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorizacióndel médico asesor del SENA Regional Nariño, Identificado al inicio de esta acta,

razón por la cual se le debe reconocer por concepto de pago la cuenta de cobro número **10030 correspondiente a la mes de enero** del 2025 por la suma de **($3.789.259)** 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

7. OBSERVACIONES

N/A

Para constancia se firma al 14 de febrero de 2025.

SONIA NARDET VITERI ROSERO
Supervisor del contrato

Elaboro: Diego Fernando Guerrero Ch. Apoyo servicio medico asistencial



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 208699

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-01-31	15:12:10
Expedición	2025-01-31	16:00:40
Vencimiento	2025-01-31	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410050000001	29523-06 SODIO CLORURO-SUERO FISIOLOGICO (0.9%) 10	UND	3.00	5,860.00	17,580.00
2	0410051000001	3000010000024 LLAVE DE TRES VIAS DESECHABLE	UND	1.00	2,948.00	2,948.00
3	0410050000001	19934768-18 DICLOfenaco 75 mg/3 ml*3 ml N/A SOLUCI	UND	3.00	1,430.00	4,290.00
4	0410050000001	225064-07 HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20mg/ml*1 ml N/	UND	8.00	1,763.00	14,104.00
5	0410050000001	19969105-01 PIPERACILINA +TAZOBACTAN 4.5 g N/A POL	UND	8.00	17,609.00	140,872.00
6	0410050000001	29523-03 SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0.9 %/1	UND	18.00	3,960.00	71,280.00
7	0410051000001	3000055000005 JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	UND	27.00	1,781.00	48,087.00
8	0410050000001	20041806-02 AGUA Esteril 10ML **SOLICITAR*** N/A S	UND	8.00	1,005.00	8,040.00
9	0410050000001	19931879-04 METOCLOpramida 5 mg/ ml*2 ml (eQUIVALE	UND	6.00	1,307.00	7,842.00
10	0410051000001	3000055000021 JERINGA P/GASES ARTERIALES .	UND	1.00	15,181.00	15,181.00
11	0410051000001	3000010000010 CATHETER INTRAVENOSO No.20G x 1-1/4	UND	2.00	2,700.00	5,400.00
12	0410051000001	3000005001017 APOSITO PERIFERICO ADULTO PREMIUM 6C	UND	3.00	8,434.00	25,302.00
13	0410051000001	3000005000008 EXTENSION DE ANESTESIA ADULTO	UND	3.00	3,869.00	11,607.00
14	0410051000001	3000005000007 EQUIPO B. ESTANDAR INTRAFIX COMPAC A	UND	1.00	56,318.00	56,318.00
15	0410050000001	29523-05 SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0.9 %/5	UND	2.00	4,130.00	8,260.00
16	0410051000001	3000005000002 EQUIPO DE MACROGOTEO SIN AGUJA VENOC	UND	1.00	1,320.00	1,320.00
17	0410050000001	206776-02 LEVOTIROXINA 75mcg - EUTIROX EUTIROX TAB	UND	2.00	1,170.00	2,340.00
18	0410050000001	19922566-06 OMEPrazol 40 mg N/A POLVO PARA INYECCI	UND	2.00	3,470.00	6,940.00
19	0410097000001	38132 INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITAC	UND	2.00	406,300.00	812,600.00
20	0410102000001	24106 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UND	1.00	68,500.00	68,500.00
21	0410103000001	25102 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	UND	1.00	60,400.00	60,400.00
22	0410050000001	29523-04 SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0.9 %/2	UND	1.00	4,726.00	4,726.00
23	0410051000001	3000010000011 CATHETER INTRAVENOSO No.22G x 1	UND	4.00	6,308.00	25,232.00
24	0410051000001	3000105000029 INCENTIVO RESPIRATORIO CON COLUMNA D	UND	1.00	26,670.00	26,670.00
25	0410092000001	21201 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL	UND	1.00	88,400.00	88,400.00
26	0410014000001	39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	UND	1.00	63,700.00	63,700.00
27	0410027000001	39140 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA I	UND	1.00	70,400.00	70,400.00

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 :71756487ae5362e746c3d4dfafba5f9ad7d5f8366ea4be52e858a167da2758552d12832bfbd1c27621f456142ec20455

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

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 208699

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-01-31	15:12:10
Expedición	2025-01-31	16:00:40
Vencimiento	2025-01-31	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
28	0410113000001	29117 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	UND	3.00	28,400.00	85,200.00
29	0410101000001	19062 AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	23,900.00	23,900.00
30	0410101000001	19934 TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMI	UND	1.00	32,000.00	32,000.00
31	0410101000001	19933 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTAT	UND	1.00	32,000.00	32,000.00
32	0410101000001	19792 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	43,800.00	43,800.00
33	0410101000001	19170 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UND	1.00	29,500.00	29,500.00
34	0410101000001	19749 NITROGENO UREICO	UND	1.00	14,700.00	14,700.00
35	0410101000001	19224 CLORO	UND	1.00	14,000.00	14,000.00
36	0410101000001	19290 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	17,700.00	17,700.00
37	0410101000001	19454 FOSFATASA ALCALINA	UND	1.00	22,500.00	22,500.00
38	0410102000001	19480 GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UND	1.00	37,600.00	37,600.00
39	0410101000001	19490 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A O	UND	1.00	18,400.00	18,400.00
40	0410101000001	19304 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUEN	UND	1.00	30,600.00	30,600.00
41	0410101000001	19891 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	36,100.00	36,100.00
42	0410102000001	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UND	1.00	179,000.00	179,000.00
43	0410101000001	19827 TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UND	1.00	44,600.00	44,600.00
44	0410101000001	19958 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UND	1.00	43,500.00	43,500.00
45	0410095000001	21712 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	UND	1.00	641,600.00	641,600.00
46	0410093000001	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	UND	1.00	227,300.00	227,300.00

Total Items 46

Total Bruto	3,242,339.00
Total a Pagar	**$ 3.242.339,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 208699 Vence el 2025-01-31 3.242.339,00

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 :71756487ae5362e746c3d4dfafba5f9ad7d5f8366ea4be52e858a167da2758552d12832bfbd1c27621f456142ec20455

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

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 208699

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-01-31	15:12:10
Expedición	2025-01-31	16:00:40
Vencimiento	2025-01-31	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Doscientos Cuarenta Y Dos Mil Trescientos Treinta Y Nueve Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: 1295994543 Paciente: 27718856 NUBIA CARMELITA GUEVARA NOGUERA Edad: 71 Servicio: GINECOOBSTETRICIA Ingreso: 2024-12-22 Egreso: 2024-12-24 Dx: K801 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITI Municipio: PASTO Est

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio	**Modalidad de pago**	**Período de inicio**
5200100669	Pago por evento	31/01/2025
Plan de servicios	**Número de contrato**	**Periodo de finalización**
Cobertura Régimen Especial o Excepción	-	31/01/2025
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 :71756487ae5362e746c3d4dfafba5f9ad7d5f8366ea4be52e858a167da2758552d12832bfbd1c27621f456142ec20455

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 30/01/2025 Factura Nro: **FE 208699**

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: 1295994543	Identificacin: 27718856	Autorizacin:
Nombre: NUBIA CARMELITA GUEVARA NOGUERA	Fecha Nacimiento: 12/06/1953	Edad: 71 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 22/12/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 24/12/2024	Rgimen: 2
Dx: K801 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS		Servicio: GINECOOBSTETRICIA

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		URGENCIAS			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1	63,700	63,700
		GINECOOBSTETRICIA			
		Laboratorio			
	24106	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	1	68,500	68,500
	19062	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	23,900	23,900
	19934	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	32,000	32,000
	19933	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1	32,000	32,000
	19792	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	43,800	43,800
	19170	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1	29,500	29,500
	19749	NITROGENO UREICO	1	14,700	14,700
	19224	CLORO	1	14,000	14,000
	19290	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	17,700	17,700
	19454	FOSFATASA ALCALINA	1	22,500	22,500
	19480	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	1	37,600	37,600
	19490	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	18,400	18,400
	19304	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	30,600	30,600
	19891	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	36,100	36,100
		PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	179,000	179,000
	19827	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1	44,600	44,600
	19958	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1	43,500	43,500
		Imagenologia			
	21201	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	1	88,400	88,400
	21712	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	1	641,600	641,600
		ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	1	227,300	227,300
		Procedimientos de Neumología y Cardiología			
	25102	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1	60,400	60,400
		Terapias			
	29117	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	3	28,400	85,200
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39140	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	70,400	70,400
		Estancia Hospitalaria			
	38132	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MULTIPLE	2	406,300	812,600
		Insumos			

CONTROLADO

Fecha Elaboracin de Factura: 30/01/2025 Factura Nro: **FE 208699**

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

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
	3000010000024	LLAVE DE TRES VIAS DESECHABLE	1	2,948	2,948
	3000055000005	JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	27	1,781	48,087
	3000055000021	JERINGA P/GASES ARTERIALES .	1	15,181	15,181
	3000010000010	CATHETER INTRAVENOSO No.20G x 1-1/4	2	2,700	5,400
	3000005001017	APOSITO PERIFERICO ADULTO PREMIUM 6CM X 7 CM	3	8,434	25,302
	3000005000008	EXTENSION DE ANESTESIA ADULTO	3	3,869	11,607
	3000005000007	EQUIPO B. ESTANDAR INTRAFIX COMPAC AIR IL 441702P	1	56,318	56,318
	3000005000002	EQUIPO DE MACROGOTEO SIN AGUJA VENOCLISIS	1	1,320	1,320
	3000010000011	CATHETER INTRAVENOSO No.22G x 1	4	6,308	25,232
	3000105000029	INCENTIVO RESPIRATORIO CON COLUMNA DE MEDICION	1	26,670	26,670
		Medicamentos			
	29523-06	SODIO CLORURO-SUERO FISIOLOGICO (0,9%) 1000ml N/A SOLUCION INYECTABLE	3	5,860	17,580
	19934768-18	DICLOfenaco 75 mg/3 ml*3 ml N/A SOLUCION INYECTABLE	3	1,430	4,290
	225064-07	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20mg/ml*1 ml N/A SOLUCION INYECTABLE	8	1,763	14,104
	19969105-01	PIPERACILINA +TAZOBACTAN 4.5 g N/A POLVO PARA INYECCION	8	17,609	140,872
	29523-03	SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0,9 %/100 ml*100 ml N/A SOLUCION INYECTABLE	18	3,960	71,280
	20041806-02	AGUA Esteril 10ML **SOLICITAR*** N/A SOLUCION INYECTABLE	8	1,005	8,040
	19931879-04	METOCLOpramida 5 mg/ ml*2 ml (eQUIVALENTE 10MG/2ML) N/A SOLUCION INYECTABLE	6	1,307	7,842
	29523-05	SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0,9 %/500 ml*500 ml N/A SOLUCION INYECTABLE	2	4,130	8,260
	206776-02	LEVOTIROXINA 75mcg - EUTIROX EUTIROX TABLETA	2	1,170	2,340
	19922566-06	OMEPrazol 40 mg N/A POLVO PARA INYECCION	2	3,470	6,940
	29523-04	SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0,9 %/250 ml*250 ml N/A SOLUCION INYECTABLE	1	4,726	4,726

CONTROLADO

SUBTOTAL:	3,242,339
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**3,242,339**

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MCTE

Firmas: JESUS ALBEIRO GALINDRES CHARFUELAN
Facturador

NUBIA CARMELITA GUEVARA NOGUERA

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

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

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 23/12/2024

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

DOCTOR	GINECOLOGIA	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

A: NUBIA CARMELITA GEVARA NOGUERA	CARNE No. 5328403-C
FAMILIAR DE. EDGAR OBANDO	CONYUGUE HUO PADRE HNO. X ☐ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MULTIPLE

OBSERVACIONES:
PACIENTE DE 71 AÑOS DE EDAD REMITIDA DE SAMANIEGO , CON ANTECENDETE DE HIPOTIROIDISMO , PACIENTE QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICOS DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESNETAR ESCALOFRIOS, CUADROP QUE SE EXACERBA HACE 1 DIAS CON DOLOR BADOMINAL DE INTENSIDAD 6/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR , ASOCIADOS PICOS FEBRILES , CEFLAEA , ASTENIA DINAMIA , PISODIOSEMETICOS EN 3 OCASIONES DE CONTENIDOS ALIMENTARIOS , ASOCIADOS A COLURIA ,

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO		DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Liliana J. Montero
Médico General
C.C. 1084805073
T.P. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Nubia Carmelita Guavara
C.C.No. 27718856

DISTRITO CAPITAL

5328403-C

NUBIA CARMELITA
GUEVARA NOGUERA

DOCUMENTO N°

27718856



12/06/1953
Fecha de Nacimiento

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

OBANDO ANDRADE EDGAR ERNESTO
Nombre del Funcionario

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestacion del servicio.
Su utilizacion indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

Servicio Médico Asistencial
Regional Distrito Capital
Vence: 30 Junio 2025

FIRMA AUTORIZADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 27.718.856

GUEVARA NOGUERA

APELLIDOS

NUBIA CARMELITA

NOMBRES

Nubia Guevara

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1953**

SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-ENE-1975 GRAMALOTE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2311500-01265534-F-0027718856-20211112 **0076**357880A 1 8503048618

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

Cliente	SENA		
NIT	899,999,034 - 1	**Teléfono**	7310124
Dirección	CALLE PRINCIPAL PASTO	**Vendedor**	VENDEDOR PROINSALUD
Ciudad	PASTO-NARIÑO - COLOMBIA	**Centro Costo**	1.201
Correo	proinsalud@proinsalud.co	**0**	

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 208712

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-01-31	15:12:10
Expedición	2025-01-31	16:01:00
Vencimiento	2025-01-31	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410023000001	39143 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESP	UND	1.00	63,700.00	63,700.00

Total Items 1

Total Bruto	63,700.00
Total a Pagar	**$ 63.700,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 208712 Vence el 2025-01-31 63.700,00

VALOR EN LETRAS

Sesenta Y Tres Mil Setecientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27143035 GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE Edad: 53 Servicio: Ginecologia Ingreso: 2024-12-05 Egreso: 2024-12-05 Dx: Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS Municipio: PASTO Estrato: 1 RÃ©gimen: 1 Tp.Afi

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
31/01/2025

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
31/01/2025

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 :b80d53052b198bab4188f7f3d17f6b0e94a06a865af46f21a649c7536f2b6a856fbc4306dd9101d2ba6c3b081d06cb64

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: 30/01/2025 Factura Nro: **FE 208712**

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: 27143035	Autorizacin:
Nombre: GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE	Fecha Nacimiento: 01/10/1971	Edad: 53 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 05/12/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 05/12/2024	Rgimen: 1
Dx: Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS		Servicio: Ginecologia

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1	63,700	63,700

SUBTOTAL:	63,700
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**63,700**

SON: SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE

05-12

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1027 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 21/11/2024

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

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	LABORATORIO	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A: GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE	CARNE No. 12966098-A
FAMILIAR DE. FRANCISCO VILLOTA	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. X ☐ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA AGOSTO 2024
VALORADA POR SU ESPECIALIDAD, CITA A CONTROL EN 3 MESES.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

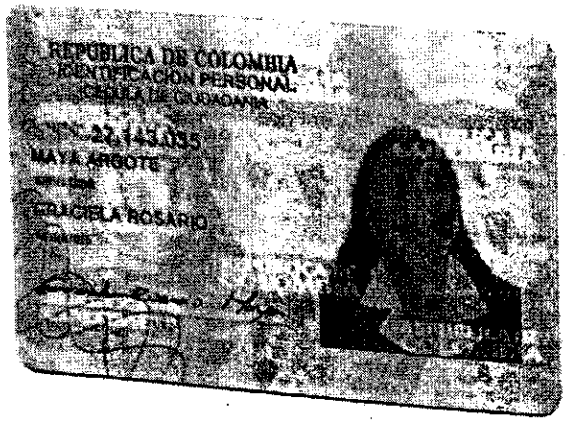
Adriana Marcela Moncayo
Médico General
C.C. 1084905073
U. del Quindío

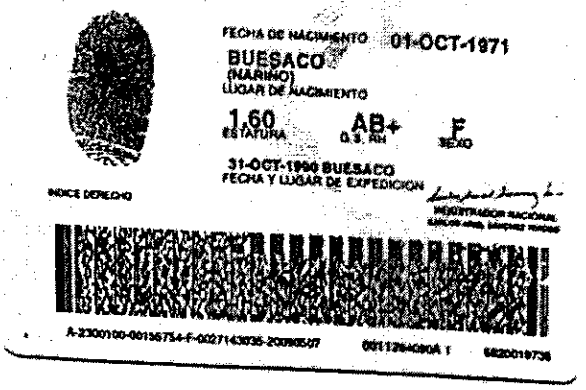
MEDICA ASESORA

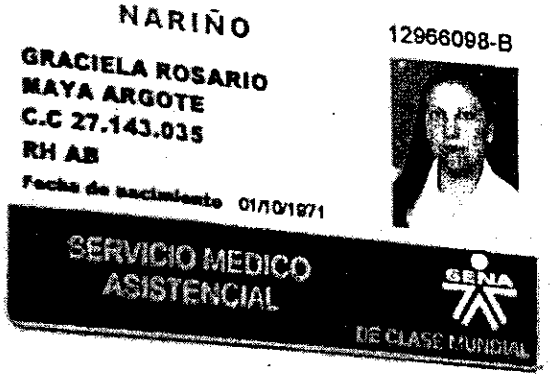
COORDINADO

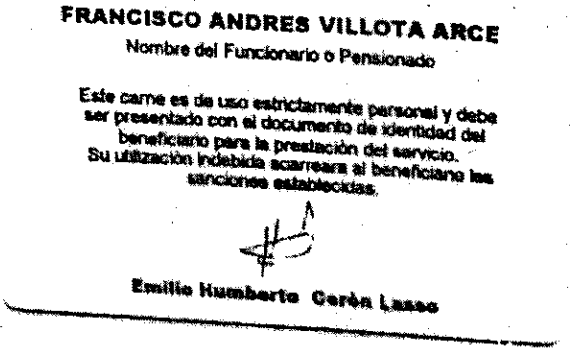
RECIBI Graciela Rosario Maya
C.C.No. 27 143 035

Escaneado con CamScanner









Escaneado con CamScanner

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

Cliente	SENA		
NIT	899,999,034 - 1	**Teléfono**	7310124
Dirección	CALLE PRINCIPAL PASTO	**Vendedor**	VENDEDOR PROINSALUD
Ciudad	PASTO-NARIÑO - COLOMBIA	**Centro Costo**	1.201
Correo	proinsalud@proinsalud.co	**0**	

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 208716

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-01-31	15:12:10
Expedición	2025-01-31	16:01:18
Vencimiento	2025-01-31	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410027000001	39143 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESP	UND	1.00	63,700.00	63,700.00

Total Items 1

Total Bruto	63,700.00
Total a Pagar	**$ 63.700,00**

FORMA DE PAGO | **MEDIO DE PAGO**

Credito | Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 208716 Vence el 2025-01-31 | 63.700,00

VALOR EN LETRAS

Sesenta Y Tres Mil Setecientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27056013 MARIA LEONOR MUÑOZ DE CASTRO Edad: 96 Servicio: Medicina Interna Ingreso: 2024-12-16 Egreso: 2024-12-16 Dx: E039 HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO Municipio: PASTO Estrato: 1 RÃ©gimen: 1 Tp.Afiliacion:

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
31/01/2025

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
31/01/2025

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 :9d297ea702b878202b975af017a52e441ee959c169aacbdb4368b3685dc5c378138eebf5cb701b24933a1415f5c6df63

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: 30/01/2025 Factura Nro: **FE 208716**

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: 27056013	Autorizacin:
Nombre: MARIA LEONOR MUÑOZ DE CASTRO	Fecha Nacimiento: 31/12/1928	Edad: 96 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 16/12/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 16/12/2024	Rgimen: 1
Dx: E039 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO		Servicio: Medicina Interna

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	63,700	63,700

SUBTOTAL:	63,700
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**63,700**

SON: SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

MARIA LEONOR MUÑOZ DE CASTRO

16-12

3160825304

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1003 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 4/10/2024

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	MEDICINA INTERNA	

FAVOR ATENDER PDR 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 MEDICINA INTERNA

890366 - Parametrizar adulto

OBSERVACIONES: VALORA EL 2-10-2024 SOLICITA CONTROL EN 1 MES CON RESULTADOS

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO HORA			

Loyana J. Montoya
Medico General
R.M. 1094905073
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI _____

C.C.No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.056.013
MUÑOZ De CASTRO

APELLIDOS

MARIA LEONOR

NOMBRES



FIRMA

31-DIC-1928

FECHA DE NACIMIENTO

YACUANQUER
NARIÑO

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-ABR-1950 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Escaneado con CamScanner

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

Escaneado con 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

Escaneado con CamScanner

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 209531

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-02-03	08:21:16
Expedición	2025-02-03	09:25:28
Vencimiento	2025-02-03	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410003000001	39145 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	72,600.00	72,600.00
2	0410093000001	31122 ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	UND	1.00	154,700.00	154,700.00
3	0410001000001	19934768-18 DICLOfenaco 75 mg/3 ml*3 ml SOLUCION I	UND	6.00	1,430.00	8,580.00
4	0410001000001	19927831-04 NAPROXENO 250 mg TABLETA N/A	UND	15.00	640.00	9,600.00
5	0410001000001	20085859-4 ETORICOXIB 30MG TABLETA N/A	UND	10.00	2,582.00	25,820.00
6	0410001000001	19945204-01 GLUCOSAMINA SIMPLE 1500 mg VIA ORAL PO	UND	30.00	3,724.00	111,720.00
7	0410092000001	21106 RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIO	UND	1.00	36,500.00	36,500.00

Total Items 7

Total Bruto	419,520.00
Total a Pagar	**$ 419.520,00**

FORMA DE PAGO | **MEDIO DE PAGO**

Credito	Eps Subsidiado 130206	Otro*	Cuota 1 F - 010- 209531 Vence el 2025-02-03	419.520,00

VALOR EN LETRAS

Cuatrocientos Diecinueve Mil Quinientos Veinte Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 27349551 ROSALBA SANTACRUZ Edad: 79 Servicio: URGENCIAS Ingreso: 2025-01-05 Egreso: 2025-01-05 Dx: R520 DOLOR AGUDO Municipio: SANDONA Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio	**Modalidad de pago**	**Período de inicio**
5200100669	Pago por evento	5/01/2025
Plan de servicios	**Número de contrato**	**Periodo de finalización**
Cobertura Régimen Especial o Excepción	-	5/01/2025
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 :512b9e6fd282f5658f7c975498aa37a371f04b047ca48bcad49992a6761bba47740c9591b1792d2f342f57d7956bfe41

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 31/01/2025 Factura Nro: **FE 209531**

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: 27349551	Autorizacin:
Nombre: ROSALBA SANTACRUZ	Fecha Nacimiento: 09/10/1945	Edad: 79 Años
Municipio: SANDONA	Fecha de Ingreso: 05/01/2025	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 05/01/2025	Rgimen: 1
Dx: R520 DOLOR AGUDO		Servicio: URGENCIAS

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		URGENCIAS			
		Imagenologia			
	21106	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	1	36,500	36,500
		Ecografía			
	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	1	154,700	154,700
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39145	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	72,600	72,600
		Medicamentos			
	19934768-18	DICLOfenaco 75 mg/3 ml*3 ml SOLUCION INYECTABLE N/A	6	1,430	8,580
	19927831-04	NAPROXENO 250 mg TABLETA N/A	15	640	9,600
	20085859-4	ETORICOXIB 30MG TABLETA N/A	10	2,582	25,820
	19945204-01	GLUCOSAMINA SIMPLE 1500 mg VIA ORAL POLVO PARA SUSPENSION N/A	30	3,724	111,720

CONTROLADO

SUBTOTAL:	419,520
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**419,520**

SON: CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS MCTE

Firmas: KAREM VANESSA VELASQUEZ ERASO
Facturador

ROSALBA SANTACRUZ

NARIÑO

27433526-A



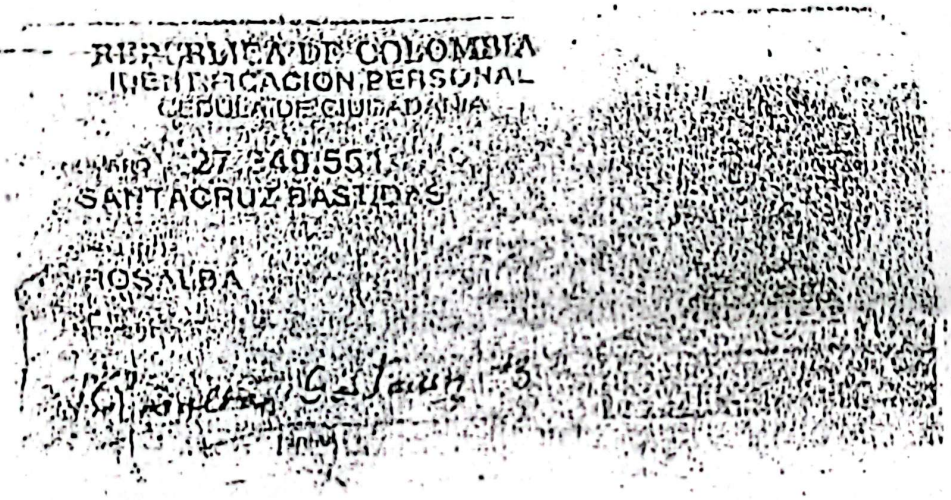
ROSALBA
SANTACRUZ BASTIDA
C.C 27.349.551
RH O+
Fecha de nacimiento 28/10/1945

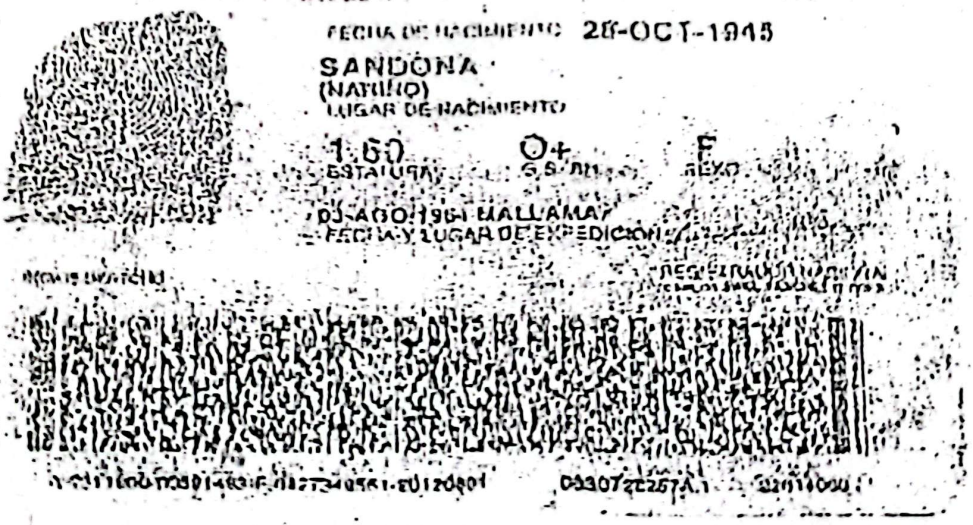
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.349.551
SANTACRUZ BASTIDAS

ROSALBA





Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO. **27.349.551**
SANTACRUZ BASTIDAS

APELLIDOS
ROSALBA

NOMBRES

Rosalba Santacruz B.

FIRMA



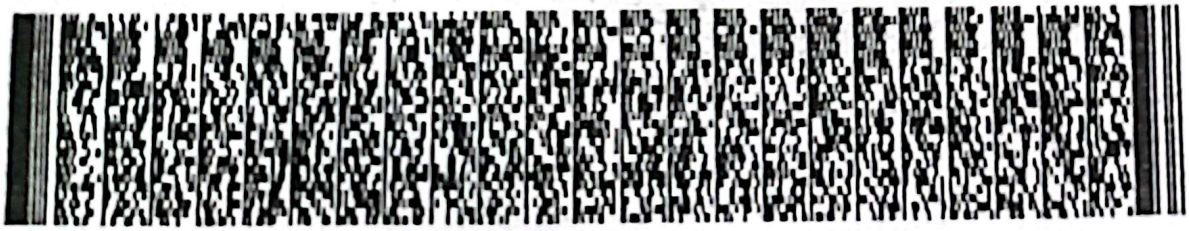
FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-1945**
SANDONA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-AGO-1964 MALLAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



Powered by CamScanner