CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

San Juan de Pasto 22 de mayo del 2025

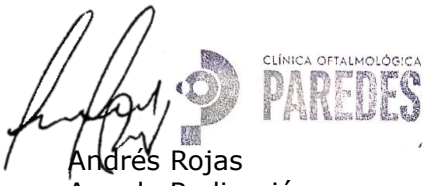
SENA - REGIONAL NARIÑO
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 52-1-2025-001384
22/05/2025 3:04:51 p. m.
Destinatario: 521010

Dr. Bernardo Arturo Chamorro Guevara,
Director Encargado
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Cordial saludo,

La presente tiene como fin la presentación de la cuenta correspondiente al mes de abril 2025 de las facturas 1COP51399, y 1COP51410 por concepto de prestación de servicios médicos a los afiliados del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, sin otro particular agradezco su colaboración.

Atentamente



Andrés Rojas
Aux de Radicación
3146864354
Clínica Oftalmológica Paredes

Carrera 40A No. 19B – 15 Av. Panamericana
TORRE PRAGA CENTRO MEDICO
Teléfono: (602) 7332029
E-mail: auxgerencia@clinicaparedes.com.co
San Juan de Pasto – Nariño – Colombia

icontec ISO 9001
IQNet
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
icontec Operaciones Bioseguras
CP-CER-PB0187

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT: 800184080
Pasto, Mayo 21 del 2025

CUENTA DE COBRO N° 202504
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT. 899999034-1
DEBE A:
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT. 800184080

POR CONCEPTO DE:
Prestación de servicios de salud SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA contemplados en el contrato de facturación N° CO1.PCCNTR.7765920, a los afiliados de SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA RÉGIMEN ESPECIAL en la ciudad de PASTO, correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de Abril al 30 de Abril del 2025.

No.	Factura	Fecha	Identificación	Nombre	Valor Total	Valor	Valor Neto
1	1COP51399	2025-04-30	CC 31280601	JOJOA DE LOPEZ FRANCISCA	60320	0	60320
2	1COP51410	2025-04-30	CC 30707123	VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA	60320	0	60320

TOTAL FACTURAS:	2
VALOR FACTURADO:	120640
VALOR COPAGO:	0
VALOR NETO:	120640

LA SUMA DE: $ 120,640

VALOR EN LETRAS:
CIENTO VEINTE MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

AUXILIAR DE RADICACION

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

Call Center:300 912 65 83
www.clinicaparedes.com.co

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: MHamgomez ANDRES MAURICIO GOMEZ LASSO

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-052- SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL

Fecha y Hora Sistema: 2025-04-15-9:49 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 225 de fecha 2025-01-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	24825	**Fecha Registro:**	2025-04-10	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-052-000000 SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	35.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	35.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	35.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	800184080	**Razón Social:**	CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	0695020321	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	13073075	**Nombre:**	PEDRO PABLO BASTIDAS MOLINA	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL NARIÑO

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.7765920	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2025-04-10

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		35.000.000,00	0,00		
					Total:	35.000.000,00	0,00	35.000.000,00	35.000.000,00

Objeto:	SERVICIO MEDICO: Prestar el servicio de especialistas en oftalmología, consulta por optometría y suministro de lentes y monturas, para los beneficiarios del SMA, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-05-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-06-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-07-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-08-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-09-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-10-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-11-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-12-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO

Emilio Humberto Ceron Lasso

Firmado digitalmente por Emilio Humberto Ceron Lasso
Fecha: 2025.04.21 13:44:00 -05'00'

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

EMILIO HUMBERTO CERON LASSO

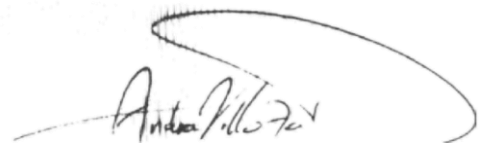
Coordinador Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTESAL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES

LUCIA ANDREA VILLOTA DELGADO, identificada con cédula de ciudadanía No.36.951.813, en mi condición de Revisor Fiscal de la institución prestadora de salud**CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S.** persona jurídica de derecho privado, identificada con Nit 800.184.080-0, certifico que la empresa ha realizadoel pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales exigidospor la ley, correspondiente al mes de marzo 2025, y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto Según lo establecido en los Artículos 1 y 7 (incisos 2, 4, 5, 6 y 7) del Decreto 1828 de 2013

Se firma en San Juan de Pasto, a los veinticuatro (24) días del mes de abril del año 2025.



LUCIA ANDREA VILLOTA DELGADO
T.P. 97260-T

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-800184080
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-04-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-21
FECHA DE PAGO:	2025-04-21
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33198695
TOTAL COTIZANTES:	82
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33198695
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	49	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.153.600	$ 6.153.600
EPS017	830003564	FAMISANAR	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 221.200	$ 221.200
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	19	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.834.100	$ 1.834.100
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 129.600	$ 129.600
EPSIC5	837000084	EPS-S MALLAMAS	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 497.000	$ 497.000
ESSC18	901021565	EPS-S EMSSANAR	5	$ 0	$ 0	$ 0	$ 575.000	$ 575.000
Subtotal Salud		6	82	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.410.500	$ 9.410.500
230201	800229739	PROTECCION	6	$ 64.800	$ 64.800	$ 0	$ 4.052.000	$ 4.052.000
230301	800224808	PORVENIR	44	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.317.100	$ 14.317.100
25-14	900336004	COLPENSIONES	26	$ 31.100	$ 31.100	$ 0	$ 11.050.100	$ 11.050.100
Subtotal Pensión		3	76	$ 95.900	$ 95.900	$ 0	$ 29.419.200	$ 29.419.200
14-25	800226175	COLMENA	81	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.664.400	$ 4.664.400
Subtotal ARL		1	81	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.664.400	$ 4.664.400
CCF35	891280008	CCF DE NARINO	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.434.900	$ 7.434.900
Subtotal CCF		1	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.434.900	$ 7.434.900
PASENA	899999034	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.100	$ 259.100
PAICBF	899999239	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 388.700	$ 388.700
		Total a pagar		$ 95.900	$ 95.900	$ 0	$ 51.576.800	$ 51.576.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/05/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141135807124

(415)7707212489984(8020) 000014113580712 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
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
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

41. Dirección principal
CR 40 A 19 B 15 AV PANAMERICANA

42. Correo electrónico contabilidadclinicaparedes@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 0 0 4 1 1	4 7 7 4	2 0 2 0 0 1 2 7		4 7 7 3			2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
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
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SAA LORA JUAN FELIPE

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN | Formulario del Registro Único Tributario | 001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 3 0 1 1 9
81. Hasta	2 0 3 3 0 1 1 6

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 Nacional de Salud — 1 0

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 0 9 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 1 5 4 1 5 8 4 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SAA	LORA	JUAN	FELIPE

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 0 9 2 4

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SAA	LINDO	VICTORIA	EUGENIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

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	3 6 9 5 1 8 1 3		9 7 2 6 0 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
VILLOTA	DELGADO	LUCIA	ANDREA

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 7 0 4 2 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

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

147. Fecha de nombramiento

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Consultorio 1 1	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: CLINICA OFTAMOLOGICA PAREDES SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

165. Dirección: CR 40 A 19 B 15 TO PRAGA P 12

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Consultorio 1 1	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: OQULA BY CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

165. Dirección: CR 40 A 19 B 15 LC 2 TO PRAGA

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Consultorio 1 1	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección: CL 10 5 53 OF 301

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Punto de venta 1 7	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: FARMACIA EGER

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1	

165. Dirección: CR 40 A 19 B 15 LC 1 TO PRAGA

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

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	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
PASTO	**PASTO**	**41**	**41-40-101055849**	**1**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	**04**	**2025**	**09**	**04**	**2025**	**00:00**	**31**	**12**	**2025**	**23:59**	**ANEXO CAUSA PRIMA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS	**NIT: 800.184.080-0**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CR 40 A NRO. 19 B - 15 AVENIDA PANAMERICANA	PASTO, NARIÑO	3137503934

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 22 NRO. 11 E - 05 VIA ORIENTE SAN JUAN	PASTO, NARIÑO	7306602

BENEFICIARIO: 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN CONTRATO CO1.PCCNTR.7765920 CUYO OBJETO ES: PRESTAR EL SERVICIO DE ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGIA, CONSULTA POR OPTOMETRIA Y SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS, PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL, QUE SEAN REMITIDOS BAJO AUTORIZACION DEL MEDICO ASESOR DEL SENA REGIONAL NARIÑO, PARA LA VIGENCIA 2025. LOTE 1 ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGIA PASTO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**09/04/2025**	**31/12/2025**	**$284,700,000.00**	
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**09/04/2025**	**31/12/2025**	**$284,700,000.00**	
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**09/04/2025**	**31/12/2025**	**$284,700,000.00**	

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE INCLUYE AMPAROS SEGUN SOLICITUD.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **********0.00	$ *******3,000.00	$ ********570.00	$ **********3,570.00	$ ******284,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
V & J ASESORES LTDA	164230	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

41-40-101055849

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
PASTO	PASTO	41	41-40-101055849	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	04	2025	09	04	2025	00:00	31	12	2025	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS		**NIT: 800.184.080-0**
DIRECCIÓN: CR 40 A NRO. 19 B - 15 AVENIDA PANAMERICANA	**CIUDAD:** PASTO, NARIÑO	**TELÉFONO:**	3137503934

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO	IDENTIFICACIÓN	**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CL 22 NRO. 11 E - 05 VIA ORIENTE SAN JUAN	**CIUDAD:** PASTO, NARIÑO	**TELÉFONO:**	7306602
BENEFICIARIO:	899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO		

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**09/04/2025**	**31/12/2025**	**$284,700,000.00**	
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**09/04/2025**	**31/12/2025**	**$284,700,000.00**	
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**09/04/2025**	**31/12/2025**	**$284,700,000.00**	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-40-101055849

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
PASTO	**PASTO**	**41**	**41-40-101055849**	**1**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	**04**	**2025**	**09**	**04**	**2025**	**00:00**	**31**	**12**	**2025**	**23:59**	**ANEXO CAUSA PRIMA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS		**NIT: 800.184.080-0**	
DIRECCIÓN: CR 40 A NRO. 19 B - 15 AVENIDA PANAMERICANA	CIUDAD: PASTO, NARIÑO	TELÉFONO:	3137503934

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO		**NIT: 899.999.034-1**	
DIRECCIÓN: CL 22 NRO. 11 E - 05 VIA ORIENTE SAN JUAN	CIUDAD: PASTO, NARIÑO	TELÉFONO	7306602

BENEFICIARIO:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **********0.00	$ *******3,000.00	$ *********570.00	$ **********3,570.00	$ ******284,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
V & J ASESORES LTDA	164230	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11009610171269(3900)000000003570(96)20260409

REFERENCIA PAGO:

1100961017126-9

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
PASTO	PASTO	41	41-40-101055849	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	04	2025	09	04	2025	00:00	31	12	2025	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS		**NIT: 800.184.080-0**
DIRECCIÓN: CR 40 A NRO. 19 B - 15 AVENIDA PANAMERICANA	**CIUDAD:** PASTO, NARIÑO	**TELÉFONO:** 3137503934	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO	IDENTIFICACIÓN	**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CL 22 NRO. 11 E - 05 VIA ORIENTE SAN JUAN	**CIUDAD:** PASTO, NARIÑO	**TELÉFONO:** 7306602	

BENEFICIARIO: 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO

TEXTO ACLARATORIO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-40-101055849

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
PASTO	**PASTO**	**41**	**41-44-101292527**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	**04**	**2025**	**09**	**04**	**2025**	**00:00**	**31**	**12**	**2028**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS	**NIT: 800.184.080-0**

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 40 A NRO. 19 B - 15 AVENIDA PANAMERICANA	PASTO, NARIÑO	3137503934

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 22 NRO. 11 E - 05 VIA ORIENTE SAN JUAN	PASTO, NARIÑO	7306602

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN CONTRATO CO1.PCCNTR.7765920 CUYO OBJETO ES: PRESTAR EL SERVICIO DE ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGIA, CONSULTA POR OPTOMETRIA Y SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS, PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL, QUE SEAN REMITIDOS BAJO AUTORIZACION DEL MEDICO ASESOR DEL SENA REGIONAL NARIÑO, PARA LA VIGENCIA 2025. LOTE 1 ESPECIALISTAS EN OFTALMOLOGIA PASTO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**09/04/2025**	**30/04/2026**	**$3,500,000.00**
CALIDAD DEL SERVICIO	**09/04/2025**	**30/04/2026**	**$7,000,000.00**
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	**09/04/2025**	**31/12/2028**	**$1,750,000.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******49,590.00	$ *******8,000.00	$ ******10,942.00	$ **********68,532.00	$ *******12,250,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
V & J ASESORES LTDA	164230	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

41-44-101292527

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
PASTO	**PASTO**	**41**	**41-44-101292527**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	**04**	**2025**	**09**	**04**	**2025**	**00:00**	**31**	**12**	**2028**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS		**NIT: 800.184.080-0**
DIRECCIÓN: CR 40 A NRO. 19 B - 15 AVENIDA PANAMERICANA	CIUDAD: PASTO, NARIÑO	TELÉFONO:	3137503934

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CL 22 NRO. 11 E - 05 VIA ORIENTE SAN JUAN	CIUDAD: PASTO, NARIÑO	TELÉFONO	7306602

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******49,590.00	$ *******8,000.00	$ ******10,942.00	$ ************68,532.00	$ *******12,250,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
V & J ASESORES LTDA	164230	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11009610170135(3900)000000068532(96)20260409

REFERENCIA PAGO:

1100961017013-5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

BBVA

BBVA
COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

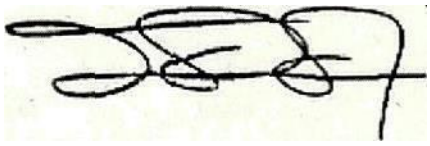
Que CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS identificado(a) con número 800.184.080 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la Cuenta Corriente No 00130695000100020321 aperturada el 17 de marzo de 2009, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: 695020321
10 dígitos: 0695020321
16 digitos: 0695000100020321

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día 1 de Mayo de 2025 a las 09:59 a.m., con destino a Quien interese.



Firma autorizada autografiada

BBVA COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA