Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: FEVC564070

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
e0cef0761b3c75c7a9dec6c3616e7fe4fdcfa0bead898ba4b9de3a71a0e1f1af6ef097e0986128a01a7e02f24f189e8e

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2025-05-10 11:29:23**
Fecha Vencimiento : **09/06/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **HERRERA RINCON EDNA FABIOLA**
Identificacion: **CC40380163**
Dirección : **CALLE 10 N° 37A - 69**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3115133216 - 3133933815**

Datos Atención

Via Ingreso: **REHABILITACIÓN**
F ingreso: **14/03/2025**
F. Salida :
Historia : **0054759**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25	97	1,00	65.000	65.000	0		65.000
2	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
3	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
4	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
5	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
6	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
7	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
8	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
9	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000
10	931001	Terapia Fisica* Sesion	UN	14/03/25		1,00	65.000	65.000	0		65.000

Total Items:**10**

Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 97

Valores Finales

Sub Total	650.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**650.000**

SON: Seiscientos Cincuenta Mil, Pesos con 00/100 ********** ********** **********

Responsable / Aprueba

Arias Suarez Nubia Alexandra

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

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

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC564258

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :
87c5b2cc7502c7eb9e3a08bfda38ba673fb57616ba55a6a94f1dda7d0b0b86d982f1f5f1c2d2d0f
bd93339b17d90aec0

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2025-05-14 11:21:20**
Fecha Vencimiento : **13/06/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

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

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **09/05/2025**
F. Salida : **09/05/2025**
Historia : **T-34528**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	890266	Consulta Medicina Interna	UN	09/05/25	353	1,00	155.000	155.000		0	155.000

Total Items:1

Observaciones

T238

Valores Finales

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

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

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: FEVC564872

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :

a5c4caca4a7256da0bd1034b77f7b73a27bb9a03bf20224d6959ed6d37e66a34159145be9765e
06254f06bf6e4c06c1d

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2025-05-22 09:43:43**
Fecha Vencimiento : **21/06/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **MORALES SOLER MARIA CRISTINA**
Identificacion: **CC 23810212**
Dirección : **CALLE 4 N° 11A - 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112961941 - 3114555575**

Datos Atención

Via Ingreso: **HOSP. TERCER PISO**
F ingreso: **08/05/2025**
F. Salida : **9/05/2025**
Historia : **T-117185**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	595101	Cistopexia Retropubica	UN	08/05/25		1,00	769.500	769.500		0	769.500
2	10m002	Internacion Complejidad Mediana Habitacion	UN	08/05/25		1,00	329.400	329.400		0	329.400
3	S41201	Honorarios Anestesiologia Grupo 12	UN	08/05/25		1,00	448.200	448.200		0	448.200
4	12500	Ayudantia Grupo 12	UN	08/05/25		1,00	210.000	210.000		0	210.000
5	12500	Derechos De Sala Cirugia Grupo 12	UN	08/05/25		1,00	1.233.270	1.233.270		0	1.233.270
6	S55113	Materiales Grupos 10 - 11 - 12 - 13	UN	08/05/25		1,00	616.100	616.100		0	616.100
7	705210	Colporrafia Posterior Incluye Correccion	UN	08/05/25		1,00	225.900	225.900		0	225.900
8	S41201	Honorarios Anestesiologia Grupo 06	UN	08/05/25		1,00	134.000	134.000		0	134.000
9	40711	Ayudantia Grupo 06	UN	08/05/25		1,00	58.900	58.900			58.900
10	40711	Derechos De Sala Cirugia Grupo 06	UN	08/05/25		1,00	296.500	296.500			296.500
11	S55113	Materiales Grupo 04 - 05 - 06	UN	08/05/25		1,00	125.650	125.650			125.650
12	19924285-30	Tramadol 50 Mg/ml Solucion Inyectable	MG/M	08/05/25		2,00	1.565	3.130			3.130
13	32375-4	Diclofenaco Sodico 75 Mg/3ml Solucion	MG/M	08/05/25		1,00	1.000	1.000			1.000
14	20044344-2	Omeprazol 40 Mg Polvo Para Inyeccion Vial	MG	08/05/25		1,00	5.000	5.000			5.000
15	29523-3	Solucion Salina Normal X Bolsa X 100 Ml	MG/M	08/05/25		1,00	2.658	2.658			2.658
16	32606-2	Lactato De Ringer X Bolsa X 500 Ml	ML	08/05/25		5,00	4.128	20.640			20.640
17	28206-4	Ondansetron 8mg/4 Ml Solucion Inyectble	MG/M	08/05/25		2,00	5.500	11.000			11.000
18	308027	Jeringa Desechable X 3 Ml	UN	08/05/25		2,00	550	1.100			1.100
19	308037	Jeringa Desechable X 5 Ml	UN	08/05/25		3,00	650	1.950			1.950
20	314260	Sonda De Nelaton # 10	UN	08/05/25		1,00	1.050	1.050			1.050
21	314270	Sonda De Nelaton # 12	UN	08/05/25		1,00	1.050	1.050			1.050

Total Items: **21**

Observaciones

T238 SE ADJUNTA AUT FISICA INTEGRAL NRO 323

Valores Finales

Sub Total	4.495.998
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**4.495.998**

SON: Cuatro Millones Cuatrocientos Noventa y Cinco Mil, Novecientos Noventa y Ocho Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Gomez Briceño Dora Nancy

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC564887

Resolución No. 18764008113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
4b66fbcb04323761f6ca88ccf0adb43576f79d4c7de0433ae41694296dda2d031c01378fe695b12955f265453d218eb5

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2025-05-22 11:00:41**
Fecha Vencimiento : **21/06/2025**
Forma de pago : **Credito**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	902210	Hemograma Iv (hemoglobina Hematocrito	UN	05/05/25	352	1,00	32.580	32.580	0		32.580

Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificacion: **CC9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**

Datos Atención

Via Ingreso: **LABORATORIO CLÍNICO**
F ingreso: **05/05/2025**
F. Salida :
Historia : **T-34528**

Total Items:**1**

Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 352

Valores Finales

Sub Total	32.580
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**32.580**

SON: Treinta y Dos Mil, Quinientos Ochenta Pesos con 00/100 **********

Responsable / Aprueba

Arias Suarez Nubia Alexandra

FIRMA Y SELLO
C.C. O NIT.

Aceptada

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC565288

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :
ecb0e4d6e5062db7e033510f8a541c880b54dbc5c8314ad2666d3007c902b262c13c2875daca4
5f6fbbca941e05444af

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2025-05-27 10:11:54**
Fecha Vencimiento : **26/06/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificacion: **CC9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**

Datos Atención

Via Ingreso: **LABORATORIO CLÍNICO**
F ingreso: **22/05/2025**
F. Salida :
Historia : **T-34528**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	906610	Antigeno Especifico Para Cancer De Prostata	UN	22/05/25	452	1,00	202.860	202.860		0	202.860
2	903706	Vitamina D25	UN	22/05/25		1,00	172.440	172.440		0	172.440
3	903895	Creatinina En Suero U Otros Luidos	UN	22/05/25		1,00	18.810	18.810		0	18.810
4	907106	Parcial De Orina Incluido Sedimento	UN	22/05/25		1,00	20.790	20.790		0	20.790

Total Items:4

Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 452

Valores Finales

Sub Total	414.900
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**414.900**

Responsable / Aprueba

Aceptada

Arias Suarez Nubia Alexandra

FIRMA Y SELLO
C.C. O NIT.

SON: Cuatrocientos Catorce Mil, Novecientos Pesos con 00/100 *

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

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC565836

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
71bd4bd01aedffa7387ee224392ecdbaeb61a9b66c72ab9a525469dd616022f0fdf637230805c3f0141e27b354d80cd6

Datos Tercero

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

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2025-06-04 17:20:09**
Fecha Vencimiento : **04/07/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

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

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **29/05/2025**
F. Salida : **29/05/2025**
Historia : **0036974**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	890342	Control Dermatologia	UN	29/05/25	359	1,00	105.000	105.000		0	105.000

Total Items: 1

Observaciones

T238

Valores Finales

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

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

Responsable / Aprueba

Johanna R
Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764068113306

(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

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

11. Razón social
SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Sogamoso

Cód. 2 6

24. Dirección
TV 29 9 C 41

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

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

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

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

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

AUTORIZADO

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

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

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

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

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

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764068113306

(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

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

11. Razón social

SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

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

AUTORIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141176279484

(415)7707212489984(8020) 000014117627948 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA BOYACA	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
TV 29 9 C 41

42. Correo electrónico cbsas.notificaciones@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 6 2 2		-
2		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: 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

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

Representación

1

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 4 0 7 0 9		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 5 2 3 9 1 3 9 5		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
ESTEPA	LOPEZ	GLORÍA	ESPERANZA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

3

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

4

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

5

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

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

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

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	9 5 2 1 6 3 9		COLOMBIA 1 6 9	GARCIA	ROJAS	GUILLERMO	ALONSO				2 0 1 2 0 5 1 0	
2	Cédula de Ciudada 1 3	7 2 1 8 3 1 8		COLOMBIA 1 6 9	AVELLA	HERNANDEZ	FREDY	ALBERTO				2 0 1 2 0 5 1 0	
3	Cédula de Ciudada 1 3	1 9 1 1 1 5 6 3		COLOMBIA 1 6 9	SANCHEZ	ARCHILA	JORGE	ELIECER				2 0 1 2 0 5 1 0	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	5 2 5 8 1 0 0 5		COLOMBIA 1 6 9	FAJARDO	PIEDRAHITA	ADRIANA	MARCELA				2 0 1 2 0 5 1 0	2 0 2 4 0 7 0 9
5	Cédula de Ciudadan 1 3	1 9 4 9 0 9 8 4		COLOMBIA 1 6 9	GARCIA	DEL RIO	OSCAR	HERNAN				2 0 1 2 0 5 1 0	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

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

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

1

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

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

119. Razón social: VPH SALUD LIMITADA

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

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

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

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

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

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

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

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

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

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

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 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 5 1 8 8 9 1		1 3 5 6 0

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

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

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

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 6 3 5 7 7 2 0	5	3 1 3 4 4

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

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

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

Contador

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

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

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

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

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

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

1

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

162. Nombre del establecimiento	
CLINICA BOYACA	

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

165. Dirección	
TV 29 9 C 41	

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

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

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

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

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

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

Dada en Duitama a los 09 días del mes Mayo de 2025.

CARLOS ALBERTO POSADA PRADA
REPRESENTANTE LEGAL

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

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1470287272	9485876926	E	2025/05/05	2025/05/09	BANCO DAVIVIENDA	4	$143,385,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				205	$83,564,900	$219,300	$0	$83,784,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	6	$2,889,100	$7,600	$0	$2,896,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	115	$49,060,100	$128,700	$0	$49,188,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	73	$27,298,200	$71,600	$0	$27,369,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	11	$4,317,500	$11,400	$0	$4,328,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				228	$12,989,300	$34,100	$0	$13,023,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	228	$12,989,300	$34,100	$0	$13,023,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				207	$20,555,900	$53,900	$0	$20,609,800
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	207	$20,555,900	$53,900	$0	$20,609,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				228	$24,996,200	$66,000	$0	$25,062,200
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$235,000	$700	$0	$235,700
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	13	$2,634,600	$7,000	$0	$2,641,600
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$192,600	$600	$0	$193,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	24	$3,093,600	$8,200	$0	$3,101,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	82	$8,066,800	$21,200	$0	$8,088,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	13	$1,296,000	$3,400	$0	$1,299,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	25	$2,500,800	$6,600	$0	$2,507,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	67	$6,976,800	$18,300	$0	$6,995,100
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$541,700	$1,500	$0	$543,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$541,700	$1,500	$0	$543,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$361,200	$1,000	$0	$362,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$361,200	$1,000	$0	$362,200
TOTAL				228	$143,009,200	$375,800	$0	$143,385,000

2025/05/10 10:36 AM

aportes en línea

Comprobante de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2025-04	Periodo Salud	2025-05
Fecha límite de pago	2025/05/05	Fecha de pago	2025/05/09
Dias de mora	4	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$143,009,200
Intereses de mora	$375,800
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$143,385,000

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9485876926
Clave de pago	1470287272
Banco	BANCO DAVIVIENDA

2025/05/10 10:37 AM

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



13560-T

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

Presidente

00020520

FIRMA DEL TITULAR

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.518.891**

ACUÑA SANCHEZ

APELLIDOS

HECTOR MANUEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

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

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

17-ENE-1976 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5 3 C 3 5 6 6 9 B 4 3 C 6 B E 4

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HECTOR MANUEL ACUÑA SANCHEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 9518891 de SOGAMOSO (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 13560-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *
* *
* *

Dado en BOGOTA a los 16 días del mes de Mayo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

banco popular

WWW.BANCOPOPULAR.COM.CO

Señores:
A QUIEN INTERESE
Ciudad

CERTIFICADO BANCARIO

Banco Popular, hace constar que el cliente **SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA**, identificado con **NIT Persona Jurídica** número **891856507**, a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el banco el siguiente producto:

Producto	Número producto	Estado
Cuenta Corriente	110260143086	Activo

La presente certificación se expide a los **06** días del mes de **Marzo** del año **2025**.

Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente. Si desea validar la veracidad de esta información, puede comunicarse con las líneas de atención indicadas al final de este documento.

Atentamente,

Alexander Martinez Canchila
Gerente
Gerencia Nacional Empresarial de Segmentos, Productos y Canales Transaccionales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

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

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

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

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

TERCERO ORIGINAL

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

CUENTA BANCARIA

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

ORDENADOR DEL GASTO

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

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

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	A-03-04-02-021 SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONALES (NO DE PENSIONES)	Propios	27	CSF		1.100.000,00	0,00		
					Total:	1.100.000,00	0,00	1.100.000,00	1.100.000,00

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-15-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	Nación	10	CSF		18.900.000,00	0,00		
					Total:	18.900.000,00	0,00	18.900.000,00	18.900.000,00

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

PLAN DE PAGOS

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

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

Edwin Eddaly Sibo Ortìz

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

Uptc® Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005	ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7723752		
Contratista:	SOCIEDAD CLINICA BOYACA SAS		
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	891856507		
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD		
Contratante:	SENA - 899999034 /NIT		
	Numero de Contrato: 6404665	Vigencia:	2025
	Base Gravable $5853478	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 59,000.00
	Fecha de Pago: 09/06/2025		

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	BANCO DAVIVIENDA	133179288	1541191297	09/06/2025 11:04:51-a.m.

Razón Social: **UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA**

Usuario Pagador: **891856507**

Descripción del Pago: **100000194 - Estampilla Pro-UPTC**

Dirección IP: **186.148.190.13**

Total Pagado **$ 59,000.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 59,000.00	COP$ 59,000.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	**BANCO DAVIVIENDA**	**133179288**	**1541191297**	**09/06/2025 11:04:51-a.m.**

Tipo de Documento
NIT

Numero Identificación Contratista
891856507

Nombre Contratista
SOCIEDAD CLINICA BOYACA SAS

Numero Identificación Contratante

Nombre Contratante
SENA - 899999034

Numero de Contrato
6404665

Vigencia
2025

Base Gravable
5853478

ecollect
Seguro para ti