CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	Pública Clasificada			Pública Reservada	

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL
ETAPA CONTRACTUAL
INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO No.CO1.PCCNTR.7896639

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	Despacho Dirección Regional Nariño
CONTRATO NRO.	**CO1.PCCNTR.7896639 DEL 2025**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	22/05/2025
OBJETO	Prestar los servicios de atención medicina especializada, odontología especializada, procedimientos, terapias de rehabilitación física, exámenes de laboratorio clínico, suministro de oxígeno domiciliario y toma de radiografías e imágenes diagnósticas orales, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Nariño, conforme a las remisiones y autorizaciones emitidas por el médico y el odontólogo asesores de la entidad, en la ciudad de Pasto. LOTE 3 LABORATORIOS
CONTRATISTA	LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD SAS
CC o NIT	900360269-2
LUGAR DE EJECUCIÓN	Pasto
FECHA DE INICIO	26/05/2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	26 DE MAYO DEL 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$35.000.000,00
PRÓRROGA NRO. 1	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2025
ADICIÓN NRO.	N/A
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$35.000.000,00
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 003
PERIODO DEL INFORME	MES DE AGOSTO DEL 2025

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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 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 el servicio de Médicos Especialistas, procedimientos, imágenes diagnósticas y rehabilitación física 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 escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud	**SE CUMPLE**	
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 la cual lo identifica como beneficiario del servicio medico**
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	**SE CUMPLE**	

La atención de los servicios de médicos especialistas, procedimientos, imágenes diagnósticas y rehabilitación física será prestada a los beneficiarios de la Regional Nariño y los beneficiarios de otras Regional debidamente autorizados	**SE CUMPLE**	**por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena**
No se aplicará copagos a los beneficiarios del SMA de conformidad a la Resolución 1-00824 de 2022	**SE CUMPLE**	
La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos y/o Guías Médicas, aceptados en salud para el manejo de pacientes	**SE CUMPLE**	
Cumplir con la implementación de políticas de seguridad del paciente	**SE CUMPLE**	
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 CUENTA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
4/07/2025	2025-350	5.941.395	5.941.395	29.058.605	16,97 %
8/08/2025	2025-408	2.915.913	8.857.308	26.142.692	25,30%
16/09/2025	2025-509	1.372.977	11.346.385	24.769.715	32,41%

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de junio**	**Planilla nro.** 9487183884 del 10 de junio de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de julio**	**Planilla nro.** 9488101744 del 11 de julio de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de agosto**	**Planilla nro.** 9490159131 del 11 de agosto de 2025

5. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN (N/A)

5.1 Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE PÓLIZA	41-46-101021300		
CERTIFICADO O ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	23/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	23/05/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Calidad del servicio	21/05/2025	30/04/2026	3.500.000
Cumplimiento del contrato	21/05/2025	30/04/2026	7.000.000

Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales	21/05/2025	31/12/2028	1.750.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE POLIZA	41-46-101056201		
CERTIFICADO O DE ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	23/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	23/05/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	21/05/2025	31/12/2025	284.700.000

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

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor(a), previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo

7. OBSERVACIONES

N/A

Para constancia se firma el 16 de septiembre de 2025.

SONIA NARDET VITERI ROSERO
Supervisor del contrato

Elaboro: Diego Fernando Guerrero Chaves– Cargo: Apoyo Administrativo SMA

EL SUPERVISOR DE CONTRATO

C E R T I F I C A

Que de conformidad con el Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR.7896639DEL 2025** con número de certificado de registro presupuestal SIIF 35525 del 22 de mayo del 2025 suscrito con **LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD SAS**, identificado con Nit No. 900360269-2 cuyo objeto es Prestar los servicios de atención medicina especializada, odontología especializada, procedimientos, terapias de rehabilitación física, exámenes de laboratorio clínico, suministro de oxígeno domiciliario y toma de radiografías e imágenes diagnósticas orales, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Nariño, conforme a las remisiones y autorizaciones emitidas por el médico y el odontólogo asesores de la entidad, en la ciudad de Pasto. LOTE 3 LABORATORIOS, servicios prestados en el mes de agosto del 2025 por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/Cte. ($ 1.372.977). Realizó a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales (Solo para aquellas empresas que estén obligadas)

Se expide en San Juan de Pasto, a los 16 días del mes de septiembre de 2025

CUENTA DE COBRO	FECHA	VALOR
2025-509	Mes de agosto del 2025	$ 1.372.977
TOTAL		$ 1.372.977

FIRMA SUPERVISOR

Elaboro: Diego Fernando Guerrero Ch. Apoyo servicio médico asistencial

Reviso: Sonia Nardet Viteri Rosero: líder SMA

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794519

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
MARIA TERESA RAMIREZ DE MUÑOZ	CC	27122973	07230645

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:03	26.08.2025	26.08.2025 16:58:25-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.07.2025 16:58:03-05:00	23.07.2025 16:58:03-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	1	41.760	41.760
2	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	1	13.905	13.905
3	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	23.220	23.220
4	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	19.215	19.215
5	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	1	86.265	86.265

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 5

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	184.365
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**184.365**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**184.365**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : 591b287645df35a46afe73f3b81078ed09e55013dd0aaced35737fd529656b93bbfa7d00b3f95cfcc6bc67c7d768fdb9
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

07230645

Impreso: 2025-07-21

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 830

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 27122973

Favor atender por nuestra cuenta a RAMIREZ DE MUÑOZ MARIA TERESA identificado con el carne 5200251-A Conyuge de MUNOZ DELGADO SEGUNDO EDUARDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	1000	1000

OBSERVACIONES

SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS, POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS, VITAMINA B6 [PIRIDOXINA], CALCIO AUTOMATIZADO, ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO

QUIMICA

MARIA TERESA RAMIREZ DE MUÑOZ
IDENTIFICACION:27122973
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
-AFOL-CALCAUT-POT-SOD
07230645-22

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J Montilo
Médica General
R.M. 1094905873
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Teresa Ramírez

Recibido a Satisfacción C.C. 27122973

creada por: sviteri

Clinizc

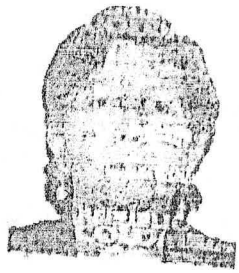
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.122.973
RAMIREZ De MUÑOZ

APELLIDOS

MARIA TERESA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1955
BARBACOAS
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-ENE-1976 BARBACOAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 2300100-00442426-F-0027122973-20130623 0033585714A 1 6802137025

NARIÑO

5200251-A



MARIA TERESA
RAMIREZ De MUÑOZ
C.C 27.122.973
RH O+
Fecha de nacimiento 01/12/1955

SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL

Clinizad
Laboratorio de Especialidades

Supersalud

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794520

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA	CC	30707123	07240348

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:05	26.08.2025	26.08.2025 16:58:26-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.07.2025 16:58:05-05:00	24.07.2025 16:58:05-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	1	46.485	46.485
2	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	1	24.795	24.795
3	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	16.290	16.290
4	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	1	58.545	58.545
5	907106	UROANÁLISIS	1	10.395	10.395
6	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	23.220	23.220
7	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	19.215	19.215

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 7

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	198.945
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**198.945**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**198.945**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : 5c9022416be78871e6a7782af5924d07d64ad3d52e04f985bc300f91cdec14656fedcecab976ea8d12ef5bf90bdf1ee7
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794520

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA	CC	30707123	07240348

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:05	26.08.2025	26.08.2025 16:58:26-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.07.2025 16:58:05-05:00	24.07.2025 16:58:05-05:00

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

0724034848

Impreso: 2025-07-11

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 761

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 30707123

Favor atender por nuestra cuenta a VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA identificado con el carne 12098010-A Conyuge de PENA PINO LUIS FRANCISCO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	1000	1000

OBSERVACIONES

SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
INSULINA (CADA MUESTRA), UROANÁLISIS, GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
HEMOGRAMA IV, POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS, CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J. Montilo
Médica General
R.M. 1094905873
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 12098010

creada por: sviteri

Clinizad

HEMATOLOGIA

-H4

DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA
IDENTIFICACION:30707123
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

0724034848 13

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.707.123
VELASCO De PEÑA

APELLIDOS
DORIS EUGENIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1950
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-OCT-1975 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2300100-00085982-F-0030707123-20080905 8003034805A 1 6790002887

NARIÑO

12098010-A



DORIS EUGENIA
VELASCO DE PEÑA
C.C. 30.707.123
RH O+
Fecha de nacimiento 30 DIC 1950

SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL

FRANCISCO PEÑA PINO
Nombre del Funcionario o Pensionado

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

Emilio Humberto Cerón Lasso

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794521

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
CETULIA DIAZ DE DIAZ	CC	37020107	07300675

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:07	26.08.2025	26.08.2025 16:58:26-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.07.2025 16:58:07-05:00	30.07.2025 16:58:07-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	903818	COLESTEROL TOTAL	1	19.980	19.980
2	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	15.075	15.075
3	903843	GLUCOSA PRE Y POST-PRANDIAL	1	9.810	9.810
4	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	36.000	36.000
5	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	16.470	16.470
6	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	1	19.665	19.665
7	903868	TRIGLICÉRIDOS	1	10.980	10.980

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 7

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	127.980
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**127.980**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**127.980**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : 5ac26614fc7dfdbaec60fe86ed8253b913567e6a62b991ef2b75e87fcbb481b6f4dc0e610aa9f607428cf46b463d5ef2
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

Impreso: 2025-07-01

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 589

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 37020107

Favor atender por nuestra cuenta a DIAZ DE DIAZ CETULIA identificado con el carne 31537640-B Madre-Padre de DIAZ DIAZ LINA MARIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	1000	1000

OBSERVACIONES

COLESTEROL TOTAL,TRIGLICERID
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD AUTOMATIZADO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD, GLUCOSA PRE POST PRANDIAL,HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J Montilo
Médica General
R.M. 109490573
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

QUIMICA
CETULIA DIAZ DE DIAZ
IDENTIFICACION:37020107
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL
-COL-CRE-GLUPP-HDL-IND1-LDLD-TRI-VLDL
1073006752 22

creada por: sviteri

Cetulia Diaz

37020107

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

37.020.107

DIAZ DE DIAZ

CETULIA

Cetulia Diaz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1957

EL ROSARIO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

25-JUN-1979 EL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

NARIÑO

31537640-B



CETULIA
DIAZ De DIAZ
C.C 37.020.107
RH B+
Fecha de nacimiento 15/06/1957

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

LINA MARIA DIAZ DIAZ

Nombre del Funcionario o Pensionado

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

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794522

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
ANA MARIA LEON HERNANDEZ	CC	1193202016	08200273

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:09	26.08.2025	26.08.2025 16:58:26-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.08.2025 16:58:09-05:00	20.08.2025 16:58:09-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	17.055	17.055
2	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	12.735	12.735
3	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1	17.055	17.055
4	903818	COLESTEROL TOTAL	1	19.980	19.980
5	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	15.075	15.075
6	903833	FOSFATASA ALCALINA	1	11.970	11.970
7	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	9.810	9.810
8	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	16.290	16.290
9	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	16.470	16.470
10		INDICE ARTERIAL	1	1	1
11	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	1	19.665	19.665
12	903868	TRIGLICÉRIDOS	1	10.980	10.980
13	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1	51.615	51.615
14	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	1	86.265	86.265
15	NULL	VLDL	1	1	1

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 15

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: TRESCIENTOS CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	304.967
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**304.967**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**304.967**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794522

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
ANA MARIA LEON HERNANDEZ	CC	1193202016	08200273

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:09	26.08.2025	26.08.2025 16:58:26-05:00	Crédito	Instrumento no definido
Fecha Inicio Periodo De Facturación		**Fecha Fin Periodo De Facturación**		
01.08.2025 16:58:09-05:00		20.08.2025 16:58:09-05:00		

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL

CUFE : a94e33f751225b3e32f17c5814e2ac11e49017035c481741e721ec378112368841f96d13bee32f1c125f8b74692159f1
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

SERVICIO NACIONAL DE PRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIA ORDEN DE ATENCION	No. 1016 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 14/08/2025

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

DOCTOR	**SERVICIO**	**TELEFONO**
CLINICA: CLINIZAD	LABORATORIO	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A: ANA MARIA LEON HERNANDEZ	CARNE No. 12987363-D
FAMILIAR DE. GIBERTO LEON	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. ☐ ☐X ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

GLUCOSA EN SUERO, HEMOGRAMA TIPO IV, COLESTEROL TOTAL, C HDL, C LDL, TRIGLICERIDOS TSH ULTRASENSIBLE, VITAMINA D 25 HIDROXI, CREATININA EN SUERO, TRANSAMINASAS TGO-TGP AMILASA EN SUERO, FOSFATASA ALCALINA,

OBSERVACIONES: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA, PANCREATITIS, SINDROME DE COLON IRRITABLE , SS LABORATORIOS DE CONTROL

CONTINGENCIA MANUAL ANTE ERROR EN APLICATIVO SMA*

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

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

COORDINADOR

RECIBI Ana Maria Leon Hernandez
C.C.No. 1193202016 Pasto

HEMATOLOGIA
-H4
ANA MARIA LEON HERNANDEZ
IDENTIFICACION:1193202016
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
08200273-273

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.193.202.016**

LEON HERNANDEZ

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

Ana María León Hernández

FIRMA



12.987.363-D



ANA MARIA

LEON HERNANDEZ

C.C. 1.193.202.016 de Pasto

RH: B+

Fecha de Nacimiento 24/01/2001

SENA
REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-2001**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

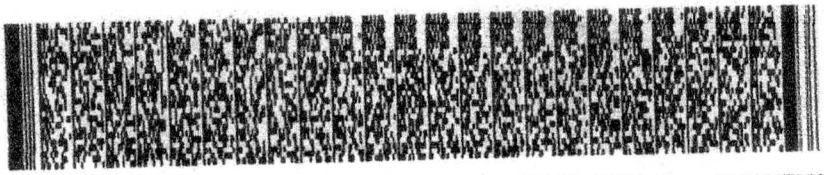
1.65 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

06-FEB-2019 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2300100-01061200-F-1193202016-20190214 0064466475A 1 6815337933

Clinizad
Laboratorio de Especialidades

Supersalud

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794523

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
ALBA ROCIO VERA GONZALEZ	CC	30745145	08220066

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:11	26.08.2025	26.08.2025 16:58:37-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.08.2025 16:58:11-05:00	22.08.2025 16:58:11-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	16.290	16.290
2	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1	51.615	51.615

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 2

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	67.905
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**67.905**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**67.905**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : ace6c6bb81b38ebd90e50d1ba951f27f1e1c09e9ff661915d5c1e798020a922371e21dcf8b330b260b46b5b9513a1f74
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

Impreso: 2025-08-13

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 941

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 30745145

Favor atender por nuestra cuenta a VERA GONZALEZ ALBA ROCIO identificado con el carne 12992995-A Conyuge de VILLAREAL VELASCO OMAR LIBARDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	1000	1000

OBSERVACIONES

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE, HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENT ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRA

HEMATOLOGIA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J. Montero
Médico General
R.M. 1094905873
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

C.C. 30745145

creada por: sviteri

Func: Omar Villareal V.
C: 12992995-A
CC 30.745.145

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.745.145**

VERA GONZALEZ
APELLIDOS

ALBA ROCIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-1969**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUN-1988 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2300100-53156691-F-0030745145-20071016 **03952** 07289M 02 233174955

NARIÑO

12992995-A

ALBA ROCIO
VERA GONZALEZ
C.C 30.745.145
RH A+
Fecha de nacimient 11-12-1969



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

ECOPETROL
DE CLASE MUNDIAL

OMAR LIBARDO VILLARREAL
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 prestacion del servicio
Su utilizacion indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas

Emilio Humberto Cerón Lass

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794524

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
ALBA ROCIO VERA GONZALEZ	CC	30745145	08220077

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:12	26.08.2025	26.08.2025 16:58:38-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.08.2025 16:58:12-05:00	22.08.2025 16:58:12-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	903818	COLESTEROL TOTAL	1	19.980	19.980
2	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	9.810	9.810
3	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	16.470	16.470
4	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	1	19.665	19.665
5	903868	TRIGLICÉRIDOS	1	10.980	10.980
6	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	1	86.265	86.265

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 6

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: CIENTO SESENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	163.170
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**163.170**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**163.170**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : 5c39247896ce76adca69753c614c6f3006b491c7ff3a23c82d720f32fcfd2a57c0e724501f726a56f35f38bb82d3a55d
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

709

Impreso: 2025-08-13

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 940

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 30745145

Favor atender por nuestra cuenta a VERA GONZALEZ ALBA ROCIO identificado con el carne 12992995-A Conyuge de VILLAREAL VELASCO OMAR LIBARDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	10000	10000

OBSERVACIONES

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFER. A ORINA;COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATI;OLESTEROL DE ALTA DENSIDAD; TRIGLICERIDOS; VITAMI.D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] CALCIFEROL

QUIMICA
-COL-GLU-HDL-LDLD-TRI-VD25
ALBA ROCIO VERA GONZALEZ
IDENTIFICACION:30745145
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
08220077-22

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J. Montilo
Médico General
R.M. 109490573
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

30745145

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: sviteri

Clinizad

Func: Omar Villareal
12992995
CC: 30.745.145

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.745.145**

VERA GONZALEZ
APELLIDOS

ALBA ROCIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-1969**
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUN-1988 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2[illegible]0100-53156691-F-0030745145-20071016 **03952**07289M 02 233174955

NARIÑO

12992995-A



ALBA ROCIO
VERA GONZALEZ
C.C 30.745.145
RH A+
Fecha de nacimient 11-12-1979

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

OMAR LIBARDO VILLARREAL

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 prestacion del servicio. Su utilizacion indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas

Emilio Humberto Cerón Lass

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794525

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
SOFIA GRACIELA CHAMORRO DE TARAPUES	CC	32429647	08220509

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:14	26.08.2025	26.08.2025 16:58:39-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.08.2025 16:58:14-05:00	22.08.2025 16:58:14-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	54.990	54.990
2	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	6.660	6.660
3	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	15.075	15.075
4	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1	23.670	23.670

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 4

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: CIEN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	100.395
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**100.395**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**100.395**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : ed947cb1ceb5ae6602012b7971f6a4290fe6c2c43c9c7352467a17698ac21dcace612b192b95c1b56b1c9a0a1e11e3c5
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

Impreso: 2025-08-13

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 943

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 32429647

Favor atender por nuestra cuenta a CHAMORRO TARAPUES SOFIA GRACIELA identificado con el carne 8294187-A Conyuge de TARAPUEZ GUZMAN IGNACIO Funcionario del SENA.

0822050947

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	1000	1000

OBSERVACIONES

ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO; CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS; ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS; TIEMPO DE PROTROMBINA [TP

COAGULACION

SOFIA GRACIELA CHAMORRO DE TARAPUES
IDENTIFICACION:32429647
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
8822050947 56

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J. Montero
Médico General
R.M. 109490573
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32.429.642

creada por: sviteri

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.429.647**
CHAMORRO De TARAPUES
APELLIDOS
SOFIA GRACIELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-1948**
PUPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
03-SEP-1969 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00126027-F-0032429647-20081108 **0005**570745A 1 6790003503

NARIÑO

8294187-A

SOFIA GRACIELA
CHAMORRO De TARAPUES
C.C 32.429.647
RH O+
Fecha de nacimiento 13 MAY 1948



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL

HECTOR IGNACIO TARAPUEZ G.
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

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794526

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
SOFIA GRACIELA CHAMORRO DE TARAPUES	CC	32429647	08220520

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:16	26.08.2025	26.08.2025 16:58:39-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.08.2025 16:58:16-05:00	22.08.2025 16:58:16-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	23.220	23.220
2	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1	19.980	19.980
3	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	19.215	19.215

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 3

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	62.415
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**62.415**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**62.415**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : 2051678a7a71f08801231d85cf997a86e3fe5ba05b1931013716b0dc56f99b0ec0618793d50e0673018ceb34be8c426d
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

Impreso: 2025-08-13

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 944

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 32429647

Favor atender por nuestra cuenta a CHAMORRO TARAPUES SOFIA GRACIELA identificado con el carne 8294187-A Conyuge de TARAPUEZ GUZMAN IGNACIO Funcionario del SENA.

0822052O

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Medicamentos	1	1000	1000

OBSERVACIONES

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]; SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS;POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

COAGULACION

SOFIA GRACIELA CHAMORRO DE TARAPUES
IDENTIFICACION:32429647
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
-PTT
08220520-156

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J. Montero
Médica General
R.M. 1094905073
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Graciela de Tarapuez

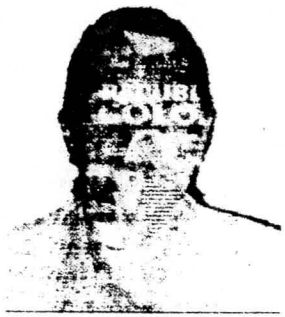
Recibido a Satisfacción C.C. 32429642

creada por: sviteri

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.429.647**
CHAMORRO De TARAPUES
APELLIDOS
SOFIA GRACIELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-1948**
PUPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
03-SEP-1969 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00126027-F-0032429647-20081108 0005570745A 1 6790003503

NARIÑO

8294187-A

SOFIA GRACIELA
CHAMORRO De TARAPUES
C.C 32.429.647
RH O+
Fecha de nacimiento 13 MAY 1948



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL

HECTOR IGNACIO TARAPUEZ G.
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

Clinizad
Laboratorio de Especialidades

Supersalud

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794527

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
SOFIA GRACIELA CHAMORRO DE TARAPUES	CC	32429647	08220535

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:18	26.08.2025	26.08.2025 16:58:40-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.08.2025 16:58:18-05:00	22.08.2025 16:58:18-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	17.055	17.055
2	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1	17.055	17.055
3	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1	8.820	8.820

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 3

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	42.930
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**42.930**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**42.930**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : 549716569a45e90d15ca104a612fff5e7367d7c94099b530d16fe3f1ec522a964062644c64cc73d5902f6401f07adef0
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

Impreso: 2025-08-13

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 945

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 32429647

Favor atender por nuestra cuenta a CHAMORRO TARAPUES SOFIA GRACIELA identificado con el carne 8294187-A Conyuge de TARAPUEZ GUZMAN IGNACIO Funcionario del SENA.

08220535

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	1000	1000

OBSERVACIONES

; TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA];TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

QUIMICA

-ALT-AST-BTD

SOFIA GRACIELA CHAMORRO DE TARAPUES
IDENTIFICACION:32429647
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

08220535-22

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J. Montero
Médico General
R.M. 1094905273
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Graciela de Tarapues

Recibido a Satisfacción C.C. 32.429644

creada por: sviteri

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.429.647**

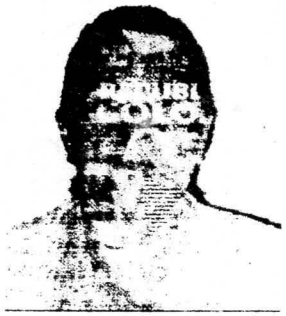
CHAMORRO De TARAPUES

APELLIDOS

SOFIA GRACIELA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-1948**

PUPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-SEP-1969 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-0126027-F-0032429647-20081108 0005570745A 1 6790003503

8294187-A

NARIÑO

SOFIA GRACIELA
CHAMORRO De TARAPUES
C.C 32.429.647
RH O+
Fecha de nacimiento 13 MAY 1948



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

HECTOR IGNACIO TARAPUEZ G.

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

CLINIZAD SAS NIT 900360269-2
Dirección CRA 32B # 19-02, Pasto, Colombia
Teléfono 6027244387
Correo Electrónico atencionalusuario@clinizad.com

Factura Electrónica De Venta FEVS794528

LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD S.A.S. NIT: 900360269-2
SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA matricula mercantil: 130600 dirección: CARRERA 32B No. 19 - 02 BARRIO PALERMO PASTO NARIÑO. TELEFONO: 6027244387
Correo electrónico: atencionalusuario@clinizad.com Contacto: 6027244387

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social	NIT	Teléfono	Correo Electrónico
SERVICIO DE APRENDIZAJE - SENA	899999034-1	5461500	clinizadfacturacion4@gmail.com;ocastroa@sena.edu.co
Dirección	**Ciudad**	**Contacto**	
CLL 57 8 69	Bogotá D.C., Colombia	Estrada Molina Carlos	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Tipo de Documento	Documento	Orden de Servicio
GLORIA DEL CARMEN RIVERA DE TIMARAN	CC	27076682	08221045

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
26.08.2025 16:58:20	26.08.2025	26.08.2025 16:58:41-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fecha Inicio Periodo De Facturación	Fecha Fin Periodo De Facturación
01.08.2025 16:58:20-05:00	22.08.2025 16:58:20-05:00

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	1	13.905	13.905
2	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	1	106.000	106.000

Tipo de Operación: - SS-CUFE
Total Linea Detalles: 2

Usuario que genero Documento:

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestaciones de servicio descritos en este titulo

Número de Contrato: CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025

Periodo de Facturación:

Crédito a Contado
Son: CIENTO DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	119.905
COP/MOD/REC/ANT	0
TOTAL OPERACIÓN COP	**119.905**
TOTAL A PAGAR CLIENTE COP	**119.905**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764084199871 con vigencia del 2024-11-27 al 2025-11-27. Numeración habilitada del FEVS655519 al FEVS1000000
Somos agentes retenedores a título de Renta e Ica. No somos responsables de IVA Actividad Económica 8691. Aplicar Retención en la Fuente del 2% por servicios e Ica del 6/1000
CUFE : b51023324cbf6b2bad3084bfe35cf737c30d9f9771cdd4cc7805039544282db6e706309b04fde06c9f2133400c142d3b
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

ESTIMADO CLIENTE PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRESENTE FACTURA TENGA PRESENTE LAS SIGUIENTES CUENTAS BANCARIAS: BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No.106600191550
BANCO DE OCCIDENTE CUENTA CORRIENTE No.039967534 BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS No. 99752605935 CONVENIO DE RECAUDO 88687. UNA VEZ SE EFECTÚE EL PAGO ENVIAR EL SOPORTE
CON SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LOS CORREOS aux-cartera@clinizad.com; cartera@clinizad.com

Usuario

CODIGO_PRESTADOR	5200101805	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento.
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Plan de beneficios en salud financiado con UPC	NUMERO_CONTRATO	CO1.PCCNTR.7896639 DE 2025
NUMERO_POLIZA	N/A		

Impreso: 2025-07-23

Sh012280

Servicio Médico Asistencial **Regional: NARIÑO**

QUIMICA
-CALCAUT
GLORIA DEL CARMEN RIVERA DE TIMARAN
IDENTIFICACION:27076682
EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
08221045-22

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 842

Adscrito:	900031 - CLINIZAD LTDA.
Dirección:	Nariño
Teléfono(s):	1020 - 1021
Especialidad:	LABORATORIO - LABORATORIO

HC: 27076682

Favor atender por nuestra cuenta a RIVERA DE TIMARAN GLORIA DEL CARMEN identificado con el carne 5198379-A Conyuge de TIMARAN MEZA EDMUNDO EZEQUIAS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	1000	1000

OBSERVACIONES

903066 - PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]
903603 - CALCIO AUTOMATIZADO

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Lorena J. Montilo
Médico General
R.M. 1094905873
U. del Quindío

Médico/Odontólogo Asesor

Gloria R de Timaran

Recibido a Satisfacción 27076682 C.C.

creada por: sviteri

NARIÑO

5198379-A



GLORIA DEL CARMEN
RIVERA De TIMARAN
C.C 27.076.682
RH A+
Fecha de nacimiento 28/04/1945

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

EDMUNDO E. TIMARAN MEZA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.076.682
RIVERA De TIMARAN
APELLIDOS
GLORIA DEL CARMEN
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1945
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

13-NOV-1970 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00135592-F-0027076682-20081210 0007853899A 1 6800023795