



EL SUPERVISOR DE CONTRATO

CERTIFICA

Que de conformidad con el Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR. 7916074 DEL 2025** con número de certificado de registro presupuestal SIIF 37325 del 28 de mayo del 2025 suscrito con **PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD SAS**, identificado con Nit No. 800.176.807-4 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 1 MEDICOS ESPECIALISTAS, servicios prestados en el mes de septiembre del 2025 por un valor de UN MILLON QUINIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/Cte. (\$1.525.524). 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 21 días del mes de octubre de 2025

CUENTA DE COBRO	FECHA	VALOR
10848	Mes de septiembre del 2025	\$ 1.525.524
TOTAL		\$ 1.525.524


FIRMA SUPERVISOR


Elaboro: Diego Fernando Guerrero Ch. Apoyo servicio médico asistencial


Reviso: Sonia Nardet Viteri Rosero: líder SMA



CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	☒	Pública Clasificada	☐	Pública Reservada	☐
---------	-------------------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL ETAPA CONTRACTUAL INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.CO1.PCCNTR.7916074

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	Despacho Dirección Regional Nariño
CONTRATO NRO.	CO1.PCCNTR.7916074 DEL 2025
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	28/05/2025
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 1 MEDICINA ESPECIALIZADA
CONTRATISTA	PROFESIONALES DE LA SALUD – PROINSALUD SAS
CC o NIT	800.176.807-4
LUGAR DE EJECUCIÓN	Pasto
FECHA DE INICIO	30/05/2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	30 DE MAYO DEL 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$42.000.000,00
PRÓRROGA NRO. 1	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2025
ADICIÓN NRO.	N/A
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	\$42.000.000,00
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



	<p>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 GC. 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</p>
--	---



	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 004
PERIODO DEL INFORME	MES DE SEPTIEMBRE 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
24/07/2025	10583	895.752	895.752	41.104.248	2,132 %
18/09/2025	10668	2.739.908	3.635.660	38.364.340	6,52%
25/09/2025	10764	6.280.461	9.916.121	32.083.879	14,95%
21/10/2025	10848	1.525.524	11.441.645	30.558.355	27,24%

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	Periodo reportado mes de junio	Planilla nro. 9488107245 del 2 de julio de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	Periodo reportado mes de julio	Planilla nro. 34241259 del 4 de agosto de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	Periodo reportado mes de agosto	Planilla nro. 34549785 del 2 de septiembre de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	Periodo reportado mes de septiembre	Planilla nro. 34872325 del 3 de octubre 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	41-46-101021417		
CERTIFICADO O ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	29/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	30/05/2025		
AMPARO	VIGENCIA		VALOR
	DESDE	HASTA	



Calidad del servicio	26/05/2025	30/04/2026	8.400.000
Cumplimiento del contrato	26/05/2025	30/04/2026	4.200.000
Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales	26/05/2025	31/12/2028	2.100.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE POLIZA	41-54-101000845		
CERTIFICADO O DE ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	29/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	30/05/2025		
AMPARO	VIGENCIA		VALOR
	DESDE	HASTA	
Responsabilidad civil extracontractual	26/05/2025	31/12/2025	285.000.000

5.2 Multas y sanciones

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

5.3 Solicitud de modificación: N/A

6. CERTIFICACIÓN

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 21 de octubre de 2025.

SONIA NARDET VITERI ROSERO

Supervisor del contrato

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



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE 519882

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-09-11 18:00:56
Expedición 2025-09-11 13:34:08
Vencimiento 2025-09-11

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410001000001	19942966-02 SALES DE REHIDRATACION ORAL POLVO PARA	UND	1.00	4,712.00	4,712.00
2	0410003000001	890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	81,605.00	81,605.00
3	0410101000001	907004 COPROSCOPICO	UND	1.00	58,600.00	58,600.00
4	0410001000001	207411-03 ACETAMINOFEN 150 MG /5 ml *60 ml. JARABE	UND	1.00	3,719.00	3,719.00
5	0410002000001	3000055000005 JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	UND	1.00	1,533.00	1,533.00

Total Items 5

Total Bruto	150,169.00
Total a Pagar	\$ 150.169,00

FORMA DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Credito Eps Subsidiado Otro* Cuota 1 F - 010- 519882 Vence el 150.169,00
130206 2025-09-11

VALOR EN LETRAS

Ciento Cincuenta Mil Ciento Sesenta Y Nueve Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 1080069836 VALERY ALEJANDRA REINA ACOSTA Edad: 6 Servicio:
URGENCIAS Ingreso: 2025-08-31 Egreso: 2025-08-31 Dx: A09X DIARREA Y
GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO Municipio: PASTO Estrato: 1 Régimen:
1 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio

5200100669

Modalidad de pago

Pago por evento

Período de inicio

31/08/2025

Plan de servicios

Cobertura Régimen Especial o
Excepción

Número de contrato

-

Periodo de finalización

31/08/2025

Número de póliza

-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :6097e0cb7ee8a3be4f287ccef7a6a925039111db981de9e940a7f0f24c13623cde2580578a1af78da3aa1854c5e27005

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

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

 Profesionales de la Salud S.A. Proinsalud	FACTURA DE VENTA	CODIGO: FAFAC-13	FECHA DE ELABORACION: 30 de Diciembre de 2011
		VERSION: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 12 de enero de 2021
		HOJA: 1 de 1	

Fecha Elaboracin de Factura: 05/09/2025

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

Factura Nro: **FE 519882**

DEBE A:
PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin:	Identificacin: 1080069836	Autorizacin:
Nombre: VALERY ALEJANDRA REINA ACOSTA	Fecha Nacimiento: 10/08/2019	Edad: 6 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 31/08/2025	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 31/08/2025	Rgimen: 1
Dx: A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Servicio: URGENCIAS	
CONCP CODIGO	DESCRIPCION	CANT V/UNIT V/TOTAL

URGENCIAS

Laboratorio

907004	COPROSCOPICO	1	58,600	58,600
--------	--------------	---	--------	--------

Consulta y Honorarios Médicos

890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	81,605	81,605
--------	--	---	--------	--------

Insumos

3000055000005	JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	1	1,533	1,533
---------------	-------------------------------------	---	-------	-------

Medicamentos

19942966-02	SALES DE REHIDRATACION ORAL POLVO PARA DISOLVER 1 LITRO POLVO PARA	1	4,712	4,712
-------------	--	---	-------	-------

207411-03	SUSPENSION SALYDRAT	1	3,719	3,719
-----------	---------------------	---	-------	-------

207411-03	ACETAMINOFEN 150 MG /5 ml *60 ml. JARABE N/A	1	3,719	3,719
-----------	--	---	-------	-------

SUBTOTAL: 150,169

Copago: 0% 0

Descuento: 0% 0

Cuota Moderadora: 0

NETO A PAGAR: 150,169

SON: CIENTO CINCUENTA MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: KAREM VANESSA VELASQUEZ ERASO
Facturador

VALERY ALEJANDRA REINA ACOSTA

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.069.836

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 60096148
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ X Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L 1 W
NOTARIA 1 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido REINA Segundo Apellido ACOSTA
Nombre(s) VALERY ALEJANDRA
Fecha de nacimiento 2019 Mes AGO Día 10 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 15191793-8

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

ACOSTA ZAPATA YESENIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.085.283.253

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

REINA MITIS HERNAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.088.590.781

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

REINA MITIS HERNAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.088.590.781

Andres Reina

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Número y firma del funcionario que autoriza

Año 2019 Mes AGO Día 14

DRA. MAREL MARTINEZ VARGAS

Número y firma

Reconocimiento notario

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NOTARIA PRIMERA
DEL CIRCULO DE PASTO
CERTIFICA

QUE EL PRESENTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SE EXPIDE CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 113 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970 A SOLICITUD DEL INTERESADO

PASTO

18 ENE 2022

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGIONAL NARIÑO

1.088.590.781-E

Valeri Alejandra
Reina Acosta

DOCUMENTO N°

1.080.069.836

Tipo de Sangre: O+



10/08/2019

Fecha de Nacimiento

Servicio Medico

Asistencial

Servicio Nacional de Aprendizaje



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE 523942

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-09-13 16:06:11
Expedición 2025-09-13 06:23:26
Vencimiento 2025-09-13

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410003000001	890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	81,605.00	81,605.00
2	0410001000001	20041806-02 AGUA Esteril 10ML **SOLICITAR*** SOLUC	UND	1.00	3,041.00	3,041.00
3	0410001000001	19940721-13 HIDROCORTisona SUCCINATO SODICO 100 mg	UND	2.00	7,129.00	14,258.00
4	0410002000001	3000055000005 JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	UND	1.00	1,533.00	1,533.00

Total Items 4

Total Bruto	100,437.00
Total a Pagar	\$ 100.437,00

FORMA DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Credito Eps Subsidiado
130206

Otro*

Cuota 1 F - 010- 523942 Vence el
2025-09-13

100.437,00

VALOR EN LETRAS

Cien Mil Cuatrocientos Treinta Y Siete Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 37020107 CETULIA DIAZ DE DIAZ Edad: 68 Servicio: URGENCIAS
Ingreso: 2025-09-03 Egreso: 2025-09-03 Dx: J449 ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECI Municipio: PASTO Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación:
C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio

5200100669

Plan de servicios

Cobertura Régimen Especial o
Excepción

Número de póliza

-

Modalidad de pago

Pago por evento

Número de contrato

-

Período de inicio

3/09/2025

Periodo de finalización

3/09/2025

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :8bb6c98318c8afe4e810c78c32b1eb33a146f1a8d9655ede8a51e30ec8f77e52b8f7dcc3879a4063fdf461bd64fb46

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

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

 Profesionales de la Salud S.A. Proinsalud	FACTURA DE VENTA	CODIGO: FAFAC-13	FECHA DE ELABORACION: 30 de Diciembre de 2011
		VERSION: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 12 de enero de 2021
		HOJA: 1 de 1	

Fecha Elaboracin de Factura: 09/09/2025
 Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
 Nit: 899999034-1

Factura Nro: **FE 523942**

DEBE A:
PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.
 Nit: 800176807-4

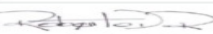
Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566
 FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

Admisin:	Identificacin: 37020107	Autorizacin:		
Nombre: CETULIA DIAZ DE DIAZ	Fecha Nacimiento: 15/06/1957	Edad: 68 Años		
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 03/09/2025	Estrato: 1		
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 03/09/2025	Rgimen: 1		
Dx: J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA		Servicio: URGENCIAS		
CONCP CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
URGENCIAS				
Consulta y Honorarios Médicos				
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	81,605	81,605
Insumos				
3000055000005	JERINGA DESECHABLE 10ml 21G x 1 1/2	1	1,533	1,533
Medicamentos				
20041806-02	AGUA Esteril 10ML **SOLICITAR*** SOLUCION INYECTABLE N/A	1	3,041	3,041
19940721-13	HIDROCORTisona SUCCINATO SODICO 100 mg POLVO PARA INYECCION N/A	2	7,129	14,258
			SUBTOTAL:	100,437
			Copago: 0%	0
			Descuento: 0%	0
			Cuota Moderadora:	0
			NETO A PAGAR:	100,437
SON: CIENT MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS MCTE				

CONTROLADO

Firmas: KAREM VANESSA VELASQUEZ ERASO
 Facturador

CETULIA DIAZ DE DIAZ

FIRMA 	ELABORADO: Coordinador Facturación	REVISADO: 	APROBADO: 
CARGO		CARGO	

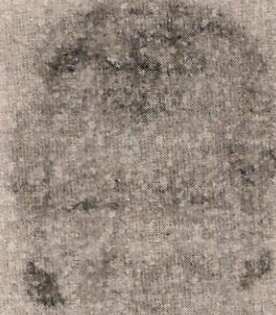
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

37.020.107

DIAZ DE DIAZ

GETULIA

Getulia Diaz



NOCE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1957
EL ROSARIO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

B+

G.S. RH

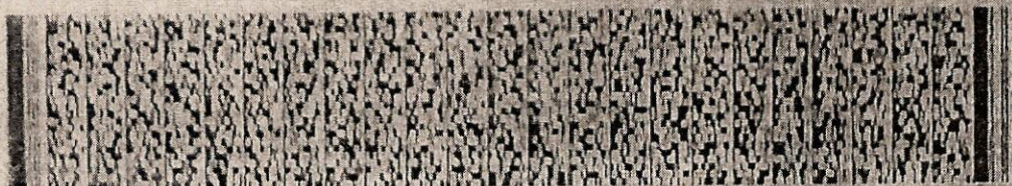
F

SEXO

25-JUN-1979 EL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REPUBLICA NACIONAL
BOGOTA D.C. 3 JUNIO 1979





Cetulia Díaz de Díaz

Nacimiento: 15/06/1957

C.C. 37.020.107 Rh:B+

BENEFICIARIO

Servicio Médico Asistencial

Carnet No. 31.537.640 - B

Fecha de expedición: 12/08/2025



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FE 553244

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-10-01 16:41:35
Expedición 2025-10-01 10:34:19
Vencimiento 2025-10-01

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410003000001	890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	81,605.00	81,605.00
2	0410095000001	879301 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	UND	1.00	785,300.00	785,300.00
3	0410101000001	903856 NITROGENO UREICO	UND	1.00	18,000.00	18,000.00
4	0410101000001	903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	21,600.00	21,600.00
5	0410101000001	903841 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	UND	1.00	22,500.00	22,500.00
6	0410101000001	902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUE	UND	1.00	37,400.00	37,400.00
7	0410102000001	903426 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	UND	1.00	82,500.00	82,500.00
8	0410101000001	906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATI	UND	1.00	76,200.00	76,200.00
9	0410102000001	906841 PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZ	UND	1.00	184,500.00	184,500.00
10	0410002000001	3000005000002 EQUIPO DE MACROGOTEO SIN AGUJA VENOC	UND	1.00	3,668.00	3,668.00
11	0410002000001	3000010000011 CATHETER INTRAVENOSO No.22G x 1	UND	1.00	7,275.00	7,275.00
12	0410002000001	3000055000009 JERINGA DESECHABLE 5ml 21G x 1 1/2	UND	2.00	1,382.00	2,764.00
13	0410002000001	3000055000021 JERINGA P/GASES ARTERIALES .	UND	2.00	7,502.00	15,004.00
14	0410002000001	3000085000007 CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO	UND	1.00	2,487.00	2,487.00
15	0410002000001	3000105000005 HUMIDIFICADOR DE OXIGENO	UND	1.00	9,913.00	9,913.00
16	0410001000001	19934768-18 DICLOfenaco 75 mg/3 ml*3 ml SOLUCION I	UND	1.00	2,214.00	2,214.00
17	0410001000001	29523-03 SODIO CLORURO - SUERO FISIOLOGICO 0.9 %/1	UND	2.00	5,463.00	10,926.00
18	0410001000001	19990590-01 METILPREDnisolona (SUCCINATO SODICO) 5	UND	1.00	72,690.00	72,690.00

Total Items 18

Total Bruto	1,436,546.00
Total a Pagar	\$ 1.436.546,00

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado
130206

MEDIO DE PAGO

Otro*

Cuota 1 F - 010- 553244 Vence el
2025-10-01

1.436.546,00

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :ac686a9300201175fe90284d3d765c5b0858a844c2c132bb4d24b895198c2ec44f49011f9205d807f04555c009ef6722

ORIGINAL

Pagina : 1 de 2

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

**PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.**

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



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

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 553244**

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-10-01 16:41:35
Expedición 2025-10-01 10:34:19
Vencimiento 2025-10-01

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
------	--------	-------------	------	------	---------	-------------

VALOR EN LETRAS

Un Millon Cuatrocientos Treinta Y Seis Mil Quinientos Cuarenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 30707123 DORIS EUGENIA VELASCO DE PE A Edad: 74 Servicio:
URGENCIAS Ingreso: 2025-09-09 Egreso: 2025-09-09 Dx: J22X INFECCION AGUDA NO
ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIR Municipio: PASTO Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación:
C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD**Código de prestador de servicio**

5200100669

Plan de servicios

Cobertura Régimen Especial o
Excepción

Número de póliza

-

Modalidad de pago

Pago por evento

Número de contrato

-

Período de inicio

9/09/2025

Periodo de finalización

9/09/2025

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :ac686a9300201175fe90284d3d765c5b0858a844c2c132bb4d24b895198c2ec44f49011f9205d807f04555c009ef6722

ORIGINAL

Pagina : 2 de 2

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

 Proinsalud	Profesionales de la Salud S.A.	FACTURA DE VENTA	CODIGO: FAFAC-13	FECHA DE ELABORACION: 30 de Diciembre de 2011
			VERSION: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 12 de enero de 2021
			HOJA: 1 de 1	

Fecha Elaboracin de Factura: 23/09/2025

Factura Nro: FE 553244

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:
PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.
Nit: 800176807-4

Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566
FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

Admisin:	Identificacin: 30707123	Autorizacin:
Nombre: DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA	Fecha Nacimiento: 30/12/1950	Edad: 74 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 09/09/2025	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 09/09/2025	Rgimen: 1
Dx: J22X INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES		Servicio: URGENCIAS
CONCP CODIGO	DESCRIPCION	CANT V/UNIT V/TOTAL
URGENCIAS		
Laboratorio		
903856	NITROGENO UREICO	1 18,000 18,000
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1 21,600 21,600
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1 22,500 22,500
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1 37,400 37,400
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1 82,500 82,500
906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1 76,200 76,200
906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1 184,500 184,500
Imagenologia		
879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	1 785,300 785,300
Consulta y Honorarios Médicos		
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1 81,605 81,605
Insumos		
3000005000002	EQUIPO DE MACROGOTEO SIN AGUJA VENOCISIS	1 3,668 3,668
3000010000011	CATHETER INTRAVENOSO No.22G x 1	1 7,275 7,275
3000055000009	JERINGA DESECHABLE 5ml 21G x 1 1/2	2 1,382 2,764
3000055000021	JERINGA P/GASES ARTERIALES .	2 7,502 15,004
3000085000007	CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO	1 2,487 2,487
3000105000005	HUMIDIFICADOR DE OXIGENO	1 9,913 9,913
Medicamentos		
19934768-18	DICLOfenaco 75 mg/3 ml*3 ml SOLUCION INYECTABLE N/A	1 2,214 2,214
29523-03	SODIO CLORURO - SUERO FISIOLÓGICO 0,9 %/100 ml*100 ml SOLUCION INYECTABLE N/A	2 5,463 10,926
19990590-01	METILPREDnisolona (SUCCINATO SODICO) 500 mg POLVO PARA INYECCION N/A	1 72,690 72,690

SUBTOTAL:	1,436,546
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	1,436,546
SON: UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MCTE	

Firmas:

YORDAN ALEXANDER CASTRO ZAMBRANO
Facturador

DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.707.123
VELASCO De PEÑA

APELLIDOS
DORIS EUGENIA

NOMBRES

[Signature]



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

LUGAR DE NACIMIENTO
1.73

ESTATURA 1.73
19-OCT-1975 PASTO

O+

SEXO

F

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NACIONAL
CAROL ANNE MORALES TORRES

INDICE DERECHO



A-3300100-00085882-F-0030707123-20080905

0003034805A 1

6790002987

NARIÑO

12098010-A

DORIS EUGENIA
VELASCO DE PEÑA
C.C. 30.707.123
RH O+

Fecha de nacimiento 30 DIC 1950



SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL



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 acarrea al beneficiario las
sanciones establecidas.

[Signature]

Emilio Humberto Corón Lasso



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE 553265

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-10-01 16:41:45
Expedición 2025-10-01 10:46:41
Vencimiento 2025-10-01

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410003000001	890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	81,605.00	81,605.00

Total Items 1

Total Bruto	81,605.00
Total a Pagar	\$ 81.605,00

FORMA DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206 Otro* Cuota 1 F - 010- 553265 Vence el 2025-10-01 81.605,00

VALOR EN LETRAS

Ochenta Y Un Mil Seiscientos Cinco Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 1080069836 VALERY ALEJANDRA REINA ACOSTA Edad: 6 Servicio: URGENCIAS Ingreso: 2025-09-02 Egreso: 2025-09-02 Dx: K522 COLITIS Y GASTROENTERITIS ALERGICAS Y DIETETICAS Municipio: PASTO Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio

5200100669

Plan de servicios

Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de póliza

-

Modalidad de pago

Pago por evento

Número de contrato

-

Período de inicio

2/09/2025

Periodo de finalización

2/09/2025

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :3868cf1fd2a8a64b6864fd6bdf0cfe60f6f9bcf8c7b754dafd17b298fba15cdd540ba70afe7de24fb58d8541b0bc4a3c

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

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

 Profesionales de la Salud S.A. Proinsalud	FACTURA DE VENTA	CODIGO: FAFAC-13	FECHA DE ELABORACION: 30 de Diciembre de 2011
		VERSION: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 12 de enero de 2021
		HOJA: 1 de 1	

Fecha Elaboracin de Factura: 23/09/2025

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

Factura Nro: **FE 553265**

DEBE A:
PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin:	Identificacin: 1080069836	Autorizacin:
Nombre: VALERY ALEJANDRA REINA ACOSTA	Fecha Nacimiento: 10/08/2019	Edad: 6 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 02/09/2025	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 02/09/2025	Rgimen: 1
Dx: K522 COLITIS Y GASTROENTERITIS ALERGICAS Y DIETETICAS	Servicio: URGENCIAS	
CONCP CODIGO	DESCRIPCION	CANT V/UNIT V/TOTAL

URGENCIAS

Consulta y Honorarios Médicos

890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	81,605	81,605
--------	--	---	--------	--------

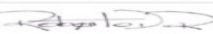
SUBTOTAL:	81,605
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	81,605

SON: OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: YORDAN ALEXANDER CASTRO ZAMBRANO
Facturador

VALERY ALEJANDRA REINA ACOSTA

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

REGIONAL NARIÑO

1.088.590.781-E

Valeri Alejandra
Reina Acosta

DOCUMENTO N°

1.080.069.836

Tipo de Sangre: O+



10/08/2019

Servicio Médico

Asistencial

Fecha de Nacimiento

Servicio Nacional de Identificación

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.069.836

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 60096148
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ X Número 01 Contaduría ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L 1 W

NOTARIA 1 PASTO - COLOMBIA - NARINO - PASTO.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

REINA

ACOSTA

Nombre(s)

VALEKY ALEJANDRA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letra)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2019

Mes

AGO

Día

10

FEMENINO

0

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA NARINO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

15191793-8

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parientes del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ACOSTA ZAPATA YBSENIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.085.283.253

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parientes del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

REINA MITIS HERNAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.088.590.781

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

REINA MITIS HERNAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.088.590.781

Andres Reina

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2019

AGO

14

DRA. MAHEL MARTINEZ VARGAS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NOTARIA PRIMERA
DEL CIRCULO DE PASTO
CERTIFICA

QUE EL PRESENTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SE EXPIDE CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970 A SOLICITUD DEL INTERESADO

PASTO

18 ENE 2022

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE
VENTA

FE 566255

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-10-06 09:01:32
Expedición 2025-10-06 09:05:13
Vencimiento 2025-10-06

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410050000001	19964632-01 QUETIAPINA 25 MG CUBIERTO PARA USO EN	UND	1.00	599.00	599.00
2	0410050000001	20016549-48 VALPROICO ACIDO 250 mg N/A CAPSULA	UND	2.00	1,305.00	2,610.00
3	0410050000001	19940997-05 TOXOIDE TETANICO 40 UI *0.5 ml N/A SOL	UND	1.00	21,998.00	21,998.00
4	0410050000001	19932573-01 SERTRALINA 50 mg N/A TABLETA	UND	2.00	853.00	1,706.00
5	0410051000001	3000055000008 JERINGA DESECHABLE 3ml - 21G x 1 1/2	UND	1.00	1,511.00	1,511.00
6	0410050000001	227599-01 LORAZEPAM 2 mg N/A TABLETA	UND	1.00	497.00	497.00
7	0410050000001	19932573-01 SERTRALINA 50 mg N/A TABLETA	UND	7.00	853.00	5,971.00
8	0410050000001	19964632-01 QUETIAPINA 25 MG CUBIERTO PARA USO EN	UND	2.00	599.00	1,198.00
9	0410050000001	20016549-48 VALPROICO ACIDO 250 mg N/A CAPSULA	UND	6.00	1,305.00	7,830.00
10	0410050000001	41072-02 OMEPRAZOL 20 MG LEGRAND CAPSULA	UND	2.00	451.00	902.00
11	0410097000001	129A02 INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITA	UND	1.00	372,300.00	372,300.00
12	0410027000001	890266 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	UND	1.00	78,000.00	78,000.00
13	0410003000001	890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UND	1.00	81,605.00	81,605.00
14	0410097000001	129A02 INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITA	UND	2.00	497,200.00	994,400.00
15	0410043000001	890409 INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	UND	1.00	27,900.00	27,900.00
16	0410052000001	890602 CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDI	UND	2.00	82,935.00	165,870.00
17	0410101000001	903866 TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AM	UND	1.00	39,200.00	39,200.00
18	0410101000001	903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTA	UND	1.00	39,200.00	39,200.00
19	0410101000001	903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UND	1.00	36,100.00	36,100.00
20	0410101000001	903856 NITROGENO UREICO	UND	1.00	18,000.00	18,000.00
21	0410101000001	903813 CLORO	UND	1.00	17,100.00	17,100.00
22	0410101000001	903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	21,600.00	21,600.00
23	0410101000001	903841 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	UND	1.00	22,500.00	22,500.00
24	0410101000001	902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUE	UND	1.00	37,400.00	37,400.00
25	0410101000001	903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	53,600.00	53,600.00
26	0410101000001	903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UND	1.00	44,200.00	44,200.00
27	0410101000001	906915 PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	UND	1.00	23,900.00	23,900.00

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :fe108f6b95bbb53f9a41492c8eb08aca9ca92ebbf2414640ffe994b46df2e799aa4a5f0f44a7da7de2cd33868cb622a

ORIGINAL

Pagina : 1 de 3

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



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE 566255

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-10-06 09:01:32
Expedición 2025-10-06 09:05:13
Vencimiento 2025-10-06

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
28	0410101000001	907106 UROANALISIS	UND	1.00	23,900.00	23,900.00
29	0410101000001	906249 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANT	UND	1.00	129,400.00	129,400.00
30	0410040000001	890484 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATR	UND	1.00	86,100.00	86,100.00
31	0410039000001	890608 ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	UND	1.00	37,000.00	37,000.00
32	0410027000001	890466 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA	UND	1.00	86,100.00	86,100.00
33	0410102000001	906317 Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	UND	1.00	162,700.00	162,700.00
34	0410101000001	904508 GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUAL	UND	1.00	73,000.00	73,000.00
35	0410101000001	906914 PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZA	UND	1.00	22,500.00	22,500.00

Total Items 35

Total Bruto	2,738,397.00
Total a Pagar	\$ 2.738.397,00

FORMA DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Credito Eps Subsidiado
130206

Otro*

Cuota 1 F - 010- 566255 Vence el
2025-10-06

2.738.397,00

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :fe108f6b95bbb53f9a41492c8eb08aca9ca92ebbf2414640ffe994b46df2e799aa4a5f0f44a7da7de2cd33868cb622a

ORIGINAL

Pagina : 2 de 3

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



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE 566255

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-10-06 09:01:32
Expedición 2025-10-06 09:05:13
Vencimiento 2025-10-06

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
------	--------	-------------	------	------	---------	-------------

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Setecientos Treinta Y Ocho Mil Trescientos Noventa Y Siete Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: 1296011736 Paciente: 1004193431 VIOLETA ALEJANDRA CAICEDO
HERNANDEZ Edad: 22 Servicio: HOSPITALIZACION PISO 1 Ingreso: 2025-09-14 Egreso:
2025-09-17 Dx: F411 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Municipio: PASTO
Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio

5200100669

Plan de servicios

Cobertura Régimen Especial o
Excepción

Número de póliza

-

Modalidad de pago

Pago por evento

Número de contrato

-

Período de inicio

14/09/2025

Periodo de finalización

17/09/2025

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :fe108f6b95bbb53f9a41492c8eb08aca9ca92ebbf2414640ffe994b46df2e799aa4a5f0f44a7da7de2cd33868cb622a

ORIGINAL

Pagina : 3 de 3

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

 Proinsalud	Profesionales de la Salud S.A.	FACTURA DE VENTA	CODIGO: FAFAC-13	FECHA DE ELABORACION: 30 de Diciembre de 2011
			VERSION: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 12 de enero de 2021
				HOJA: 1 de 1 2

Fecha Elaboracin de Factura: 30/09/2025

Factura Nro: **FE 566255**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:
PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin: 1296011736	Identificacin: 1004193431	Autorizacin:
Nombre: VIOLETA ALEJANDRA CAICEDO HERNANDEZ	Fecha Nacimiento: 27/12/2002	Edad: 22 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 14/09/2025	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 17/09/2025	Rgimen: 1
Dx: F411 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		Servicio: HOSPITALIZACION PISO 1

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
-------	--------	-------------	------	--------	---------

URGENCIAS

Laboratorio

903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	39,200	39,200
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1	39,200	39,200
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1	36,100	36,100
903856	NITROGENO UREICO	1	18,000	18,000
903813	COLORO	1	17,100	17,100
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	21,600	21,600
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	22,500	22,500
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	37,400	37,400

903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	53,600	53,600
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	44,200	44,200
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	1	23,900	23,900

Consulta y Honorarios Médicos

890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	78,000	78,000
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	81,605	81,605
890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	1	27,900	27,900
890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	86,100	86,100
890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	1	37,000	37,000
890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	86,100	86,100

Estancia Hospitalaria

129A02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MULTIPLE (CUATRO O MAS CAMAS)	1	372,300	372,300
--------	---	---	---------	---------

Insumos

3000055000008	JERINGA DESECHABLE 3ml - 21G x 1 1/2	1	1,511	1,511
---------------	--------------------------------------	---	-------	-------

Medicamentos

19964632-01	QUETIAPINA 25 MG CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO n/a TABLETA	1	599	599
20016549-48	VALPROICO ACIDO 250 mg N/A CAPSULA	2	1,305	2,610
19940997-05	TOXOIDE TETANICO 40 UI *0.5 ml N/A SOLUCION INYECTABLE	1	21,998	21,998
19932573-01	SERTRALINA 50 mg N/A TABLETA	2	853	1,706
227599-01	LORAZEPAM 2 mg N/A TABLETA	1	497	497

HOSPITALIZACION PISO 1

Laboratorio

907106	UROANALISIS	1	23,900	23,900
--------	-------------	---	--------	--------

CONTROLADO

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

 Profesionales de la Salud S.A. Proinsalud	FACTURA DE VENTA	CODIGO: FAFAC-13	FECHA DE ELABORACION: 30 de Diciembre de 2011
		VERSION: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 12 de enero de 2021
		HOJA: 1 de 1 2	

Fecha Elaboracin de Factura: 30/09/2025

Factura Nro: **FE 566255**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:
PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

CONCP CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	1	129,400	129,400
906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	1	162,700	162,700
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	1	73,000	73,000
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	1	22,500	22,500
Consulta y Honorarios Médicos				
890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2	82,935	165,870
Estancia Hospitalaria				
129A02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MULTIPLE	2	497,200	994,400
Medicamentos				
19932573-01	SERTRALINA 50 mg N/A TABLETA	7	853	5,971
19964632-01	QUETIAPINA 25 MG CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO n/a TABLETA	2	599	1,198
20016549-48	VALPROICO ACIDO 250 mg N/A CAPSULA	6	1,305	7,830
41072-02	OMEPRAZOL 20 MG LEGRAND CAPSULA	2	451	902

CONTROLADO

SUBTOTAL: 2,738,397

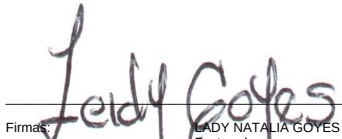
Copago: 0% 0

Descuento: 0% 0

Cuota Moderadora: 0

NETO A PAGAR: 2,738,397

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE


 Firmas: **LADY NATALIA GOYES G**
 Facturador

VIOLETA ALEJANDRA CAICEDO HERNANDEZ

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.193.431**
CAICEDO HERNANDEZ

APELLIDOS
VIOLETA ALEJANDRA

NOMBRES

Violeta Caicedo

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-2002**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

26-ENE-2021 PUPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RODRIGUEZ



P-2310600-01214970-F-1004193431-20210214

0073422503A 1

56298824

12.964.953-G

**VIOLETA ALEJANDRA
CAICEDO HERNANDEZ**

C.C. 1.004.193.431 de Pasto

RH: A+

Fecha de Nacimiento 27/12/2002



**REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**