Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmarestre	MARIA ANTONIA RESTREPO CAPERA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	2025-11-13-4:57 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 13225 de fecha 2025-08-01. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	89625	**Fecha Registro:**	2025-09-24	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-017-000000 SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	142.350.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	142.350.000,00	**Saldo x Obligar:**	142.350.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	800219192	**Razón Social:**	CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	05900436035	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	10182819	**Nombre:**	OSCAR ANDRES MALDONADO MORA	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL CALDAS

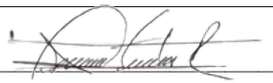
CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8356571	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-09-24

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF		142.350.000,00	0,00		
					Total:	142.350.000,00	0,00	142.350.000,00	142.350.000,00

Objeto:	SERVICIO MÉDICO: PRESTAR SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN LOS NIVELES AMBULATORIO, HOSPITALARIO Y DE URGENCIAS, A LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL, PREVIA AUTORIZACIÓN. S/RAD. 17-9-2025-019243.

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		**POSICION DEL CATALOGO DE PAC**		**FECHA**	**VALOR A PAGAR**	**SALDO POR OBLIGAR**	**LINEA DE PAGO**
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-10-15	47.450.000,00	47.450.000,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-11-12	47.450.000,00	47.450.000,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-12-18	47.450.000,00	47.450.000,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Crowe CO S.A.S.
Member Crowe Global

Carrera 23 C # 62-06,
Oficina 705
Edificio Forum Business Center
Manizales, Colombia
PBX +57.6.886.1853
Manizales@Crowe.com.co
www.Crowe.com.co

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE CENTRO MÉDICO DE ESPECIALISTAS CME S.A CON NIT. 800.219.192-1

CERTIFICA QUE

1. A la fecha se encuentra en curso mi examen sobre los estados financieros de la Compañía por el año que terminará el 31 de diciembre de 2025.

2. De acuerdo con la información suministrada y las planillas de pago número **Planilla E 35072368, Planilla K 34975972**con corte a septiembre de 2025, no estoy enterado de situaciones indicativas de inobservancia en el cumplimiento de las obligaciones legales provenientes del sistema de seguridad social en salud y lo correspondiente a riesgos laborales, pensión, ICBF, SENA y cajas de compensación Familiar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de diciembre de 2002 modificada por el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, el artículo. 32 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 24 del Decreto 2106 de 2019.

La presente certificación se expide en Manizales a los siete (07) días del mes de noviembre de 2025, a solicitud de la administración de la compañía.

En cumplimiento con el artículo 2 de la ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las Certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes indicadas.

Camila Cardona G.

MARIA CAMILA CARDONA GÓMEZ
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 254446-T
CC.1.053.840.521 de Manizales
Designada por **CROWE CO S.A.S.**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7BF1BA60FEF472DD

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARIA CAMILA CARDONA GOMEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1053840521 de MANIZALES (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 254446-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.840.521**

CARDONA GOMEZ

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-1995**

SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

15-FEB-2013 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0900100-00434634-F-1053840521-20130507 **00329**44659A 1 39617826



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

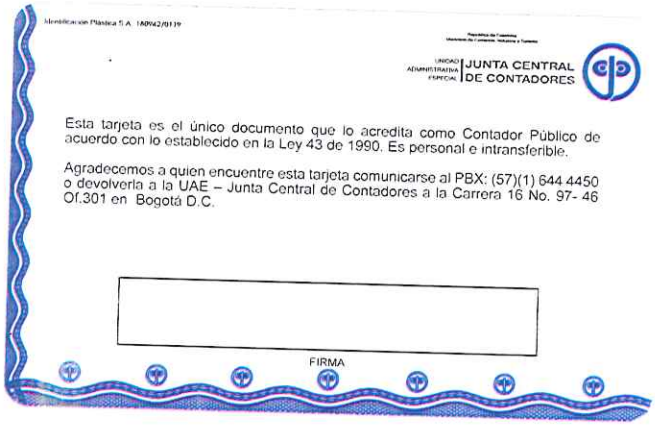
254446-T

MARIA CAMILA
CARDONA GOMEZ
C.C. 1053840521
RES. INSCRIPCION 121 DEL 04/03/2019
UNIVERSIDAD DE MANIZALES

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

262950

283197



Identificación Plástica S.A. 160942/0119

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141190835278

(415)7707212489984(8020) 000014119083527 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA SANTILLANA	C.M.E. S.A.

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal
CR 24 56 50 BRR BELEN

42. Correo electrónico financiera@clinicasantillana.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 4 0 2 1 0	6 8 1 0	1 9 9 4 0 2 1 0			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ZULUAGA GARCIA MARIA HELENA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141190835278

(415)7707212489984(8020) **000014119083527 8**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	3	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 4 0 1 3 1
81. Hasta	2 0 4 4 1 2 3 1

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141190835278

(415)7707212489984(8020) **000014119083527 8**

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

Representación

1

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

2

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

3

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

4

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

5

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141190835278

(415)7707212489984(8020) **000014119083527 8**

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

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

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 5 4 4 2 3		COLOMBIA 1 6 9	ESCOBAR	CUARTAS	CARLOS	FELIPE				2 0 1 8 0 3 2 2	
2	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 4 7 6 7 7		COLOMBIA 1 6 9	SAFFON	BOTERO	GABRIEL	EDUARDO				2 0 1 8 0 3 2 2	
3	Cédula de Ciudada 1 3	7 5 1 0 4 8 3 8		COLOMBIA 1 6 9	LLANO	MONTES	EDUARDO					2 0 1 8 0 3 2 2	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 2 3 5 3 4 7		COLOMBIA 1 6 9	ECHEVERRY	DE LA ROCHE	GUSTAVO	ADOLFO				2 0 2 0 0 3 3 1	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	2 4 3 2 6 5 4 6		COLOMBIA 1 6 9	JARAMILLO	MEJIA	MARIA	DEL ROSARIO				2 0 2 0 0 3 3 1	2 0 2 5 0 3 1 9

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141190835278

(415)7707212489984(8020) **000014119083527 8**

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

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

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 5 3 7 6 0		COLOMBIA 1 6 9	BOTERO	OCAMPO	PABLO	FELIPE				2 0 1 8 0 3 2 2	
2	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 5 0 3 8 9		COLOMBIA 1 6 9	JARAMILLO	MEJIA	ALVARO					2 0 1 8 0 3 2 2	
3	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 3 8 2 7 5		COLOMBIA 1 6 9	LLANO	URIBE	CARLOS	EDUARDO				2 0 1 8 0 3 2 2	2 0 2 5 0 3 1 9
4	Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 2 8 8 9 4 4		COLOMBIA 1 6 9	PADILLA	LOPEZ	OSCAR	JULIAN				2 0 2 0 0 3 3 1	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 2 5 6 5 3 3		COLOMBIA 1 6 9	DIAZ	ZAPATA	JOHN	JAIRO				2 0 1 8 0 3 2 2	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141190835278

(415)7707212489984(8020) **000014119083527 8**

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

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 2 4 4 8 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
LONDOÑO	LOPEZ	AUGUSTO	JAVIER

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 5 3 1	2 0 2 5 0 3 1 9

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 0 2 8 5 7 4 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
RESTREPO	ECHEVERRI	BEATRIZ	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 3 3 1	2 0 2 5 0 3 1 9

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 6 3 2 3 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
OROZCO	TELLEZ	CARLOS	HUMBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 5 0 3 1 9	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	7 5 0 9 4 0 5 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GALEANO	OSORIO	ANDRES	FERNANDO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 5 0 3 1 9	

5

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

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

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141190835278

(415)7707212489984(8020) **000014119083527 8**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 3 8 4 0 5 2 1		2 5 4 4 4 6 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
CARDONA	GOMEZ	MARIA	CAMILA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 0 0 8 1 8	9	CROWE CO S.A.S

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 5 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 1 9 4 3 8 6 0	3	8 4 4 8 0 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
GUTIERREZ	RESTREPO	ELIZABETH	

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 0 0 8 1 8	9	CROWE CO S.A.S

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 5 0 4 0 1

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 3 7 6 9 4 3 3	0	3 0 4 8 6 7 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
ARIAS	OSORIO	ANGELA	VIVIANA

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 5 0 5 1 2

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141190835278

(415)7707212489984(8020) **000014119083527 8**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sede 0 9	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: CLINICA SANTILLANA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caldas 1 7	Manizales 0 0 1	

165. Dirección: CR 24 56 50

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 6 8 4 8	1 9 9 5 0 4 0 5	
168. Teléfono: 6 0 6 8 8 7 9 8 3 0	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Jueves, 23 de octubre 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C M E SA identificado(a) con NIT 800219192, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	05900436035	1997/03/21	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FECHA: 22/10/2025
HORA FAC: 14:44:53
VENC: 21/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254107

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30272847 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 08/10/2025 12:30:00 FECHA EGRESO 08/10/2025 12:30:00 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2049 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-22T15:17:16-0500

effff75eaef0e3005269048cf4794a008a0b0c6ca3cccff3df8115f0acdf4c9ba3cda65c852d338b567dc4075ebf300f

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE		DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	39143	001	T0049	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	08/10/2025 12:30:00	155.543,00	1	155.543,00

TOTAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA **1** **155.543,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : **1** **155.543,00**
TOTAL FACTURA: **155.543,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	155.543,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254107

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30272847 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 08/10/2025 12:30:00 FECHA EGRESO 08/10/2025 12:30:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2049 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-22T15:17:16-0500

effff75eaef0e3005269048cf4794a008a0b0c6ca3cccff3df8115f0acdf4c9ba3cda65c852d338b567dc4075ebf300f

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FECHA: 22/10/2025
HORA FAC: 17:04:44
VENC: 21/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254167

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 01/10/2025 15:05:00 FECHA EGRESO 01/10/2025 15:05:31 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2057 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-22T17:33:15-0500

87a0d07c21b241626c6835a180fa3df5b14d32ab998a5d926507bfd34d697f7cbccb39d7c6149e37242192961c394907

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	21105	001	RADIOGRAFIA DE PELVIS	01/10/2025 15:05:00	72.810,00	1	72.810,00
			TOTAL RADIOGRAFIA DE PELVIS O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)			**1**	**72.810,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 72.810,00

TOTAL FACTURA: 72.810,00

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	72.810,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

RESOLUCION NO. 18764098993638 DEL 22/09/25 HASTA 22/09/26. DESDE EL NO. FE 249395 HASTA EL NO. FE 1000000
Programa Licenciado a: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C 800219192
DIGITAL WARE S.A.S. - NIT 830.042.244-1 - HOSVITAL-HIS

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 22/10/2025
HORA FAC: 17:04:44
VENC: 21/11/2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254167

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 01/10/2025 15:05:00 FECHA EGRESO 01/10/2025 15:05:31 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2057 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-22T17:33:15-0500

87a0d07c21b241626c6835a180fa3df5b14d32ab998a5d926507bfd34d697f7cbccb39d7c6149e37242192961c394907

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación MARIA YORMENZA RAMIREZ MORALES
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 22/10/2025
HORA FAC: 17:41:16
VENC: 21/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254180

NUMERO ID.:TI 1056135616 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: EMILIA TABARES OROZCO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104915260 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: MIRADOR DE LAS LOMAS MZ 19 C 6	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 9 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 1056135616 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 06/10/2025 11:00:00 FECHA EGRESO 06/10/2025 11:55:52 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2066 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-22T18:18:02-0500
4dec4e85a619ab2a0c075abe0dad1759ce664a065c92a00b8b35b5786fac96fb197853d3c0a052540f2da5a04f3b80af

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE		DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	39143	001	T0052	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	06/10/2025 11:00:00	155.543,00	1	155.543,00

TOTAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA **1** **155.543,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 155.543,00
TOTAL FACTURA: 155.543,00

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	155.543,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254180

NUMERO ID.:TI 1056135616 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: EMILIA TABARES OROZCO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104915260 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: MIRADOR DE LAS LOMAS MZ 19 C 6	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 9 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 1056135616 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 06/10/2025 11:00:00 FECHA EGRESO 06/10/2025 11:55:52 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2066 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-22T18:18:02-0500

4dec4e85a619ab2a0c075abe0dad1759ce664a065c92a00b8b35b5786fac96fb197853d3c0a052540f2da5a04f3b80af

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 23/10/2025
HORA FAC: 14:22:51
VENC: 22/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254328

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 15/10/2025 06:25:37 FECHA EGRESO 15/10/2025 19:00:00 TRATAMIENTO ESPECIAL
AUTORIZACIÓN:2050 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-10-23T14:32:09-0500
7ef9397284924a8b11117f3b25c00029e7adc0f017dea5426593db8308cef3ac092b4c1895e00e4518feaf163e51e076

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
	452301	**001**	**COLONOSCOPIA TOTAL**		**1.545.935,00**	**1**	**1.545.935,00**
	MULT IV	15/10/25	K10 GRUPO 10 CIRCULAR 025 2025 Orden: 1				
1	39008		ESPECIALISTA QX		649.990,00	100,00 %	
2	39212		DERECHOS DE SALA (INCRUENTO)		522.785,00	100,00 %	
3	39108		ANESTESIÓLOGO		373.160,00	100,00 %	
	18300	**001**	**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**		**522.262,00**	**1**	**522.262,00**
	MULT DV	15/10/25	H06 GRUPO 06 SOAT 2025 Orden: 2				
4	39004		ESPECIALISTA QX		239.115,00	75,00 %	
5	39208		DERECHOS DE SALA (INCRUENTO)		141.217,00	50,00 %	
6	39104		ANESTESIÓLOGO		141.930,00	75,00 %	
				SUBTOTAL CIRUGIAS :		**2**	**2.068.197,00**
7	39305	001	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIO AGENTES Y GASES ANESTESICOS EN SALA DE	16/10/2025 08:23:02	90.725,00	1	90.725,00
			TOTAL MATERIALES DE SUTURA Y CURACION AGENTES Y GASES ANESTESICOS EN SALA DE PROCEDIMIENTOS BASICA			**1**	**90.725,00**
				SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :		**3**	**2.158.922,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

RESOLUCION NO. 18764098993638 DEL 22/09/25 HASTA 22/09/26. DESDE EL NO. FE 249395 HASTA EL NO. FE 1000000

Programa Licenciado a: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C 800219192

DIGITAL WARE S.A.S. - NIT 830.042.244-1 - HOSVITAL-HIS

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254328

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 15/10/2025 06:25:37 FECHA EGRESO 15/10/2025 19:00:00 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:2050 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-10-23T14:32:09-0500

7ef9397284924a8b11117f3b25c00029e7adc0f017dea5426593db8308cef3ac092b4c1895e00e4518feaf163e51e076

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

02 MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

8	CATETER INTRAVENOSO # 22	1,00	5.456,00	5.456,00	0,00	0,00

TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22 **1,00** **5.456,00**

TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO **1,00** **5.456,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : **1** **5.456,00**

TOTAL FACTURA: **2.164.378,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 8

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	2.164.378,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:

CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:

DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación

#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254328

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 15/10/2025 06:25:37 FECHA EGRESO 15/10/2025 19:00:00 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:2050 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-10-23T14:32:09-0500

7ef9397284924a8b11117f3b25c00029e7adc0f017dea5426593db8308cef3ac092b4c1895e00e4518feaf163e51e076

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Diana M. H

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación DIANA MARITZA HERNANDEZ MADRIGAL
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 23/10/2025
HORA FAC: 18:03:38
VENC: 22/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254442

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 22/10/2025 10:00:00 FECHA EGRESO 22/10/2025 10:42:07 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2238 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-23T18:17:51-0500

82169e98eab63e08aae9f8e6869d61bcf7e2bc8c88765fa8c7beed2f757c6be603eea61d3012158ddd2d8cf43c22ebec

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE		DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	39143	001	T0336	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	22/10/2025 10:00:00	155.543,00	1	155.543,00

TOTAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA **1** **155.543,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : **1** **155.543,00**

TOTAL FACTURA: **155.543,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	155.543,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:

CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación

#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:
DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254442

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION
FECHA INGRESO: 22/10/2025 10:00:00 FECHA EGRESO 22/10/2025 10:42:07 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2238 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-23T18:17:51-0500
82169e98eab63e08aae9f8e6869d61bcf7e2bc8c88765fa8c7beed2f757c6be603eea61d3012158ddd2d8cf43c22ebec

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 28/10/2025
HORA FAC: 08:49:58
VENC: 27/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254997

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 23/10/2025 08:33:46 FECHA EGRESO 23/10/2025 08:33:46 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2241 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-28T09:16:15-0500

1bd090e0f9bb13f838498bfc0baa77fdee525f3db61772b6b499bfb85ec0d34719086e84182173cc455749fc10a99b83

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	25109	001	ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPLER A COLOR	23/10/2025 21:00:00	853.290,00	1	853.290,00
			TOTAL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO			**1**	**853.290,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 853.290,00

TOTAL FACTURA: 853.290,00

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	853.290,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE254997

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 23/10/2025 08:33:46 FECHA EGRESO 23/10/2025 08:33:46 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2241 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-28T09:16:15-0500

1bd090e0f9bb13f838498bfc0baa77fdee525f3db61772b6b499bfb85ec0d34719086e84182173cc455749fc10a99b83

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO

Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente

C.C. No.

Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA

Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 29/10/2025
HORA FAC: 14:43:58
VENC: 28/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255385

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30272847 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 23/10/2025 06:57:17 FECHA EGRESO 29/10/2025 14:43:04 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:2177 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 6

2025-10-29T15:17:12-0500

3b3a1e15883596b487d37323f03d3a1619c72840b00677ceb311cb4172abfd579273611abfeceacbbea563de8fce2579

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	881319	001	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECT	23/10/2025 20:00:00	2.204.700,00	1	2.204.700,00

TOTAL ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO **1** **2.204.700,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : **1** **2.204.700,00**

TOTAL FACTURA: **2.204.700,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	2.204.700,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
DOS MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255385

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30272847 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 23/10/2025 06:57:17 FECHA EGRESO 29/10/2025 14:43:04 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:2177 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 6

2025-10-29T15:17:12-0500

3b3a1e15883596b487d37323f03d3a1619c72840b00677ceb311cb4172abfd579273611abfeceacbbea563de8fce2579

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación SANDRA MILENA VASQUEZ USMA

Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente

C.C. No.

Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA

Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 30/10/2025
HORA FAC: 08:51:58
VENC: 29/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255490

NUMERO ID.:CC 24299730 BOGOTA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ANA MARIA CARDONA GAVIRIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3203475045 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 4 CALLE LA FLORIDA CASA 3	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24299730 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 25/10/2025 10:20:00 FECHA EGRESO 25/10/2025 10:20:00 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2262 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-30T09:16:00-0500
523fb31feeca11cc15490515e838b3a0d2f30ebbf7d0d1a3793840fac49708bd3793fc19e91809e5f4111c2eccc362ab

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE		DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	39143	001	T0049	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	25/10/2025 10:20:00	155.543,00	1	155.543,00

TOTAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA **1** **155.543,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : **1** **155.543,00**
TOTAL FACTURA: **155.543,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	155.543,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:
DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255490

NUMERO ID.:CC 24299730 BOGOTA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ANA MARIA CARDONA GAVIRIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3203475045 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 4 CALLE LA FLORIDA CASA 3	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24299730 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION
FECHA INGRESO: 25/10/2025 10:20:00 FECHA EGRESO 25/10/2025 10:20:00 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2262 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-30T09:16:00-0500
523fb31feeca11cc15490515e838b3a0d2f30ebbf7d0d1a3793840fac49708bd3793fc19e91809e5f4111c2eccc362ab

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 30/10/2025
HORA FAC: 08:54:56
VENC: 29/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255493

NUMERO ID.:TI 1054400090 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: JACOBO OSORIO ARANGO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117509725 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CLL 11 30 A 11	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 14 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 1054400090 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 29/10/2025 11:30:00 FECHA EGRESO 29/10/2025 11:35:57 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2266 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-30T09:16:10-0500
75229f58c238d41b8f9d154f7ad8c73fd1776b2ff2ee895932e02eb395d4aab45088e2f01fddf4e86139ab14454a66f6

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE		DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	39143	001	T0519	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	29/10/2025 11:30:00	155.543,00	1	155.543,00
				TOTAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA			**1**	**155.543,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 155.543,00
TOTAL FACTURA: 155.543,00

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	155.543,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255493

NUMERO ID.:TI 1054400090 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: JACOBO OSORIO ARANGO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117509725 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CLL 11 30 A 11	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 14 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 1054400090 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 29/10/2025 11:30:00 FECHA EGRESO 29/10/2025 11:35:57 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2266 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-30T09:16:10-0500

75229f58c238d41b8f9d154f7ad8c73fd1776b2ff2ee895932e02eb395d4aab45088e2f01fddf4e86139ab14454a66f6

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 30/10/2025
HORA FAC: 15:46:27
VENC: 29/11/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255683

NUMERO ID.:CC 30296822 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA MARIN CEBALLOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3147000763 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 10 B 55 24 LA CAROLA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 59 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30296822 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 30/09/2025 17:20:00 FECHA EGRESO 30/09/2025 17:20:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2053 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-30T16:03:27-0500

5453527f7fb503f1384b7ef355fb3282bb4cd444666f1a5ebbbc16b247dd1b72e6746216babb9e4b0691967d5d3bdad1

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	25102	001	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	30/09/2025 17:20:00	67.925,00	1	67.925,00

TOTAL ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE **1** **67.925,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : **1** **67.925,00**

TOTAL FACTURA: **67.925,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	67.925,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOSVEINTICINCO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE255683

NUMERO ID.:CC 30296822 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA MARIN CEBALLOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3147000763 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 10 B 55 24 LA CAROLA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 59 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30296822 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 30/09/2025 17:20:00 FECHA EGRESO 30/09/2025 17:20:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2053 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-10-30T16:03:27-0500

5453527f7fb503f1384b7ef355fb3282bb4cd444666f1a5ebbbc16b247dd1b72e6746216babb9e4b0691967d5d3bdad1

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Yeny V. Murillo

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación YENI BIBIANA MURILLO SOTO
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 04/11/2025
HORA FAC: 11:42:42
VENC: 04/12/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE		DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
		ESTANCIAS						
1	38825	001		INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	27/10/2025 14:25:02	1.102.285,00	4	4.409.140,00
		TOTAL ESTANCIAS					**4**	**4.409.140,00**
2	19010	001	T0502	ACIDO LACTICO	28/10/2025 08:25:36	59.945,00	1	59.945,00
				TOTAL ACIDO LACTICO			**1**	**59.945,00**
3	19177	001		CALCIO COLORIMETRICO	29/10/2025 07:10:57	29.450,00	1	29.450,00
				TOTAL CALCIO COLORIMETRICO			**1**	**29.450,00**
4	39145	001		CONSULTA DE URGENCIAS	26/10/2025 23:46:09	81.510,00	1	81.510,00
				TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
5	24120	001		CONSUMO DE OXIGENO UCI	31/10/2025 14:25:02	22,00	6120	134.640,00
				TOTAL CONSUMO DE OXIGENO UCI			**6120**	**134.640,00**
6	19290	001	T0039	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	27/10/2025 01:09:54	19.855,00	1	19.855,00
				TOTAL CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS			**1**	**19.855,00**
7	25109	001	T0315	ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPLER A COLOR	28/10/2025 21:21:12	853.290,00	1	853.290,00
				TOTAL ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPLER A COLOR			**1**	**853.290,00**
8	25102	001		ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	31/10/2025 14:25:02	67.925,00	1	67.925,00
				TOTAL ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE			**1**	**67.925,00**
9	19465	001	T0502	FOSFORO COLORIMETRICO	28/10/2025 08:26:00	27.740,00	1	27.740,00

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

RESOLUCION NO. 18764098993638 DEL 22/09/25 HASTA 22/09/26. DESDE EL NO. FE 249395 HASTA EL NO. FE 1000000

Programa Licenciado a: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C 800219192

DIGITAL WARE S.A.S. - NIT 830.042.244-1 - HOSVITAL-HIS

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción		
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.		
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:			
Pagos Compartidos:	0,00				

				TOTAL FOSFORO COLORIMETRICO			**1**	**27.740,00**
10	S31301	001	T0502	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	28/10/2025 08:26:13	75.905,00	1	75.905,00
				TOTAL TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO			**1**	**75.905,00**
11	19304	001	T0039	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	27/10/2025 01:10:01	34.390,00	1	34.390,00
12	19304	001	T0502	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	28/10/2025 08:26:09	34.390,00	1	34.390,00
				TOTAL CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA			**2**	**68.780,00**
13	19911	001	T0502	TIROIDEA ESTIMULANTE TSH	28/10/2025 08:26:18	108.965,00	1	108.965,00
				TOTAL TIROIDEA ESTIMULANTE TSH			**1**	**108.965,00**
14	39140	001		INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	31/10/2025 14:25:02	190.107,00	1	190.107,00
				TOTAL INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS			**1**	**190.107,00**
15	19698	001	T0502	MAGNESIO COLORIMETRICO	28/10/2025 08:25:52	31.825,00	1	31.825,00
16	19698	001		MAGNESIO COLORIMETRICO	29/10/2025 07:10:39	31.825,00	1	31.825,00
				TOTAL MAGNESIO COLORIMETRICO			**2**	**63.650,00**
17	19496	001		MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA (GLUCOMETRIA)	31/10/2025 14:25:02	14.060,00	6	84.360,00
				TOTAL MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA (GLUCOMETRIA)			**6**	**84.360,00**
18	19749	001	T0039	NITROGENO UREICO	27/10/2025 01:09:46	16.530,00	1	16.530,00

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción	
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.	
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:		
Pagos Compartidos:	0,00			

				TOTAL NITROGENO UREICO			**1**	**16.530,00**
19	S31301	001	T0039	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO	27/10/2025 01:09:32	120.120,00	1	120.120,00
				TOTAL TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO			**1**	**120.120,00**
20	19792	001	T0039	POTASIO	27/10/2025 01:09:11	49.020,00	1	49.020,00
21	19792	001	T0502	POTASIO	28/10/2025 08:26:04	49.020,00	1	49.020,00
22	19792	001		POTASIO	29/10/2025 07:10:50	49.020,00	1	49.020,00
				TOTAL POTASIO			**3**	**147.060,00**
23	35104	001	T0542	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO, SESION	29/10/2025 17:20:00	30.590,00	1	30.590,00
				TOTAL PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO, SESION			**1**	**30.590,00**
24	19891	001	T0039	SODIO	27/10/2025 01:09:02	40.565,00	1	40.565,00
				TOTAL SODIO			**1**	**40.565,00**
25	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	27/10/2025 05:21:32	31.825,00	1	31.825,00
26	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	27/10/2025 11:33:33	31.825,00	1	31.825,00
27	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	27/10/2025 16:31:32	31.825,00	1	31.825,00
28	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	28/10/2025 06:45:17	31.825,00	1	31.825,00
29	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	28/10/2025 12:20:45	31.825,00	1	31.825,00
30	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE	28/10/2025 18:21:36	31.825,00	1	31.825,00

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

				BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO				
31	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	28/10/2025 21:32:25	31.825,00	1	31.825,00
32	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	29/10/2025 10:32:45	31.825,00	1	31.825,00
33	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	29/10/2025 18:06:26	31.825,00	1	31.825,00
34	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	29/10/2025 23:53:51	31.825,00	1	31.825,00
35	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	30/10/2025 10:17:06	31.825,00	1	31.825,00
36	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	30/10/2025 16:13:00	31.825,00	1	31.825,00
37	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	31/10/2025 05:49:57	31.825,00	1	31.825,00
38	29117	001		TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSIO	31/10/2025 11:44:17	31.825,00	1	31.825,00
				TOTAL TERAPIA RESPIRATORIA HIGIENE BRONQUIAL (ESPIROMETRO INCENTIVO PERCUSION DRENAJE Y EJERCICIOS RESPIRATORIOS) SESION			**14**	**445.550,00**
39	19827	001	T0039	PROTROMBINA TIEMPO PT	27/10/2025 01:09:25	50.065,00	1	50.065,00
				TOTAL PROTROMBINA TIEMPO PT			**1**	**50.065,00**
40	19958	001	T0039	TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL (PTT)	27/10/2025 01:09:18	48.640,00	1	48.640,00
				TOTAL TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL (PTT)			**1**	**48.640,00**
41	S31301	001		TRASLADO ASISTENCIAL BASICO	31/10/2025 14:25:02	138.600,00	1	138.600,00

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

				TERRESTRE PRIMARIO				
				TOTAL TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO			**1**	**138.600,00**
42	602T02	001		TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	31/10/2025 14:25:02	646.800,00	1	646.800,00
				TOTAL TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO			**1**	**646.800,00**
43	19959	001	T0039	TROPONINA I CUANTITATIVA	27/10/2025 01:09:39	106.115,00	1	106.115,00
44	19959	001		TROPONINA I CUANTITATIVA	27/10/2025 08:15:14	106.115,00	1	106.115,00
				TOTAL TROPONINA I CUANTITATIVA			**2**	**212.230,00**
						SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**6.171**	**8.172.012,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**						
45	19936296-2		ACETILSALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA	1,00	66,00	66,00	0,00	0,00
46	19936296-2		ACETILSALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA	1,00	66,00	66,00	0,00	0,00
47	19936296-2		ACETILSALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA	1,00	66,00	66,00	0,00	0,00
			TOTAL ACETILSALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA				**3,00**	**198,00**
48	34421-4		AGUA ESTERIL PARA INYECCION 500 ML	1,00	6.056,00	6.056,00	0,00	0,00
			TOTAL AGUA ESTERIL PARA INYECCION 500 ML				**1,00**	**6.056,00**
49	19953922-2		BISACODILO 5 MG TABLETA	1,00	170,00	170,00	0,00	0,00

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

		TOTAL BISACODILO 5 MG TABLETA				**1,00**		**170,00**
50	36241-2	CLEXANE 40MG / 0.4ML JERINGA PRELLENADA (ENOXAPARINA SODICA)	1,00	20.904,00	20.904,00		0,00	0,00
		TOTAL CLEXANE 40MG / 0.4ML JERINGA PRELLENADA				**1,00**		**20.904,00**
		TROPONINA I CUANTITATIVA						
51	56400-2	CLEXANE 60MG / 0.6ML JERINGA PRELLENADA (ENOXAPARINA SODICA)	2,00	19.597,00	39.194,00		0,00	0,00
52	56400-2	CLEXANE 60MG / 0.6ML JERINGA PRELLENADA (ENOXAPARINA SODICA)	2,00	19.597,00	39.194,00		0,00	0,00
53	56400-2	CLEXANE 60MG / 0.6ML JERINGA PRELLENADA (ENOXAPARINA SODICA)	2,00	19.597,00	39.194,00		0,00	0,00
		TOTAL CLEXANE 60MG / 0.6ML JERINGA PRELLENADA				**6,00**		**117.582,00**
		TROPONINA I CUANTITATIVA						
54	20030114-32	ESOMEPRAZOL 40MG TABLETA	1,00	1.857,00	1.857,00		0,00	0,00
55	20030114-32	ESOMEPRAZOL 40MG TABLETA	1,00	1.857,00	1.857,00		0,00	0,00
		TOTAL ESOMEPRAZOL 40MG TABLETA				**2,00**		**3.714,00**
56	19935299-1	MAGNESIO SULFATO 20% / 10 ML AMPOLLA	3,00	2.581,00	7.743,00		0,00	0,00
		TOTAL MAGNESIO SULFATO 20% / 10 ML AMPOLLA				**3,00**		**7.743,00**
57	40026-3	ORAZOLE 40 MG CAPS (OMEPRAZOL)	1,00	12.990,00	12.990,00		0,00	0,00
58	40026-3	ORAZOLE 40 MG CAPS (OMEPRAZOL)	1,00	12.990,00	12.990,00		0,00	0,00
		TOTAL ORAZOLE 40 MG CAPS (OMEPRAZOL)				**2,00**		**25.980,00**
59	19932754-5	SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	1,00	4.897,00	4.897,00		0,00	0,00
60	19932754-5	SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	2,00	4.897,00	9.794,00		0,00	0,00
		TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML				**3,00**		**14.691,00**

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500
82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

61	19932754-7	SOLUCION SALINA 0.9% 500 ML BOLSA	1,00	5.764,00	5.764,00		0,00	0,00
		TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 500 ML BOLSA					**1,00**	**5.764,00**
		TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS					**23,00**	**202.802,00**
02		**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**						
62		CANULA NASAL OXIGENO ADULTO	1,00	3.860,00	3.860,00		0,00	0,00
		TOTAL CANULA NASAL OXIGENO ADULTO					**1,00**	**3.860,00**
63		CATETER INTRAVENOSO # 20	1,00	5.456,00	5.456,00		0,00	0,00
64		CATETER INTRAVENOSO # 20	1,00	5.456,00	5.456,00		0,00	0,00
		TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 20					**2,00**	**10.912,00**
65		CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)	1,00	6.912,00	6.912,00		0,00	0,00
66		CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)	1,00	6.912,00	6.912,00		0,00	0,00
		TOTAL CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)					**2,00**	**13.824,00**
67		DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	6.088,00	6.088,00		0,00	0,00
68		DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	6.088,00	6.088,00		0,00	0,00
		TOTAL DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683					**2,00**	**12.176,00**
69		ELECTRODOS DESECHABLES 2228 UNIDAD	10,00	966,00	9.660,00		0,00	0,00
		TOTAL ELECTRODOS DESECHABLES 2228 UNIDAD					**10,00**	**9.660,00**
70		EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000	1,00	43.142,00	43.142,00		0,00	0,00

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

	TOTAL EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000				**1,00**		**43.142,00**
71	EXTENSION DE ANESTESIA R-33 ADULTO	1,00	5.216,00	5.216,00		0,00	0,00
	TOTAL EXTENSION DE ANESTESIA R-33 ADULTO				**1,00**		**5.216,00**
72	HUMIDIFICADOR TAPA NEGRA	1,00	15.389,00	15.389,00		0,00	0,00
	TOTAL HUMIDIFICADOR TAPA NEGRA				**1,00**		**15.389,00**
73	INCENTIVO RESPIRATORIO	1,00	36.158,00	36.158,00		0,00	0,00
	TOTAL INCENTIVO RESPIRATORIO				**1,00**		**36.158,00**
74	JERINGA 10 ML 3P LUER LOCK	2,00	533,00	1.066,00		0,00	0,00
75	JERINGA 10 ML 3P LUER LOCK	1,00	533,00	533,00		0,00	0,00
	TOTAL JERINGA 10 ML 3P LUER LOCK				**3,00**		**1.599,00**
76	JERINGA 5ML 3P LUER LOCK	1,00	521,00	521,00		0,00	0,00
	TOTAL JERINGA 5ML 3P LUER LOCK				**1,00**		**521,00**
77	LLAVE DE PASO DE TRES VIAS (DISCOFIX 4095111)	1,00	4.532,00	4.532,00		0,00	0,00
	TOTAL LLAVE DE PASO DE TRES VIAS (DISCOFIX 4095111)				**1,00**		**4.532,00**
	TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				**26,00**		**156.989,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : **49** **359.791,00**

TOTAL FACTURA: **8.531.803,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 77

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	8.531.803,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256078

NUMERO ID.:CC 24314285 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA INES CANDELA DE QUINTERO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3104230774 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 51 26 19 APTO 501	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 73 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 24314285 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/10/2025 23:20:21 FECHA EGRESO 31/10/2025 14:25:02 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2277 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 5

2025-11-04T12:17:07-0500

82b4092586e6e978fe47c6d08683ef20d6c4c29459b68ee714bed58c41038a18fb3130882e6c646c17bab4c5aa3dac9b

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Valor a pagar por el usuario:

CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:

OCHO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación

#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación SANDRA MILENA VASQUEZ USMA
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FECHA: 05/11/2025
HORA FAC: 16:47:42
VENC: 05/12/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256363

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 29/10/2025 14:55:00 FECHA EGRESO 29/10/2025 14:55:15 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2276 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-11-05T17:32:27-0500

4e607672397991dca6de769b63540a5b3bd2b3f83803cd16429319655079759f2ed8b3c3364ac8d103fcf658ea88a562

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	31102	001	ECOGRAFIA VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO	29/10/2025 14:55:00	160.830,00	1	160.830,00
			TOTAL ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL			**1**	**160.830,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 160.830,00

TOTAL FACTURA: 160.830,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	160.830,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:

CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:

CIENTO SESENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación

#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256363

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 29/10/2025 14:55:00 FECHA EGRESO 29/10/2025 14:55:15 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2276 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-11-05T17:32:27-0500

4e607672397991dca6de769b63540a5b3bd2b3f83803cd16429319655079759f2ed8b3c3364ac8d103fcf658ea88a562

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación MARIA YORMENZA RAMIREZ MORALES

Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente

C.C. No.

Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA

Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. S.A.

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 06/11/2025
HORA FAC: 10:34:59
VENC: 06/12/2025
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256408

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 05/11/2025 09:30:00 FECHA EGRESO 05/11/2025 09:46:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2282 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-11-06T10:46:23-0500
f85e27eb97588fd18f09d355b8017556c3afce07277527149c7a6000f2a09650dc39d40d11339dceadd1182e2d7ac664

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE		DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	39143	001	T0336	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	05/11/2025 09:30:00	155.543,00	1	155.543,00
				TOTAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			**1**	**155.543,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 155.543,00

TOTAL FACTURA: 155.543,00

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	155.543,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación
#$36-02-00-017-000000-contrato N° CO1.PCCNTR.8356571;bjimenezv@sena.edu.co#$

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE256408

NUMERO ID.:CC 30275203 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MIRYAM RAMIREZ DE LOS RIOS	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117272884 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 19C 4 15	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 64 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 5 TIPO AFILIADO: F

No. HISTORIA: 30275203 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 05/11/2025 09:30:00 FECHA EGRESO 05/11/2025 09:46:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2282 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-11-06T10:46:23-0500
f85e27eb97588fd18f09d355b8017556c3afce07277527149c7a6000f2a09650dc39d40d11339dceadd1182e2d7ac664

Número Contrato:	SS097	Cobertura/Plan Beneficios:	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Cuota Moderadora:	0,00	Modalidad de Contratación:	Pago por evento.
Cuota de Recuperación:	0,00	Número Póliza:	
Pagos Compartidos:	0,00		

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.
Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario + Procedimientos con recargo.