# 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: 01/12/2025
HORA FAC: 12:29:26
VENC: 31/12/2025
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE260202

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24313014 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA RUTH GARCIA QUICENO | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3155581926 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CR 22 A 75 66 MILAN APTO 301 LOS CEREZOS | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24313014 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 27/10/2025 16:20:00 FECHA EGRESO 27/10/2025 16:20:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2232 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-01T14:47:57-0500

4eb26aca1f50b4ee7057818faed701ca904c52d7662a4310679800b4c6dc0689c1f7380322c22541ed7483f7ecf9d18d

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 992990 | 001 | INYECTOLOGIA IM | 27/10/2025 15:34:45 | 6.000,00 | 1 | 6.000,00 |

**TOTAL INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA** **1** **6.000,00**

**SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :** **1** **6.000,00**

**TOTAL FACTURA:** **6.000,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 6.000,00 |
| 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:**

SEIS MIL PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

* 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 FE260202

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24313014 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA RUTH GARCIA QUICENO | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3155581926 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CR 22 A 75 66 MILAN APTO 301 LOS CEREZOS | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24313014 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 27/10/2025 16:20:00 FECHA EGRESO 27/10/2025 16:20:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2232 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-01T14:47:57-0500

4eb26aca1f50b4ee7057818faed701ca904c52d7662a4310679800b4c6dc0689c1f7380322c22541ed7483f7ecf9d18d

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 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:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FECHA: 09/12/2025
HORA FAC: 09:13:06
VENC: 08/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261162

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24293432 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: DEISY MARIA SALAZAR DE SALAZAR | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3152836377 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CARRERA 19A #4B-17 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 85 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5 |

No. HISTORIA: 24293432 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 26/11/2025 11:50:00 FECHA EGRESO 26/11/2025 11:50:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2325 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-09T09:31:33-0500

7d72bba11dc19984587eda18033bfd3a41068b61b4f2000d9a043476912e465c423d6e0e2aadc7dbb4edae4e30fd9d9b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 CIRUGIA GENERAL | 26/11/2025 11:50:00 | 190.107,00 | 1 | 190.107,00 |
| | | | **TOTAL** | **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL** | | | **1** | **190.107,00** |

**SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 190.107,00**

**TOTAL FACTURA: 190.107,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 190.107,00 |
| 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 NOVENTA MIL CIENTO SIETE PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

* 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 FE261162

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24293432 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: DEISY MARIA SALAZAR DE SALAZAR | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3152836377 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CARRERA 19A #4B-17 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 85 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24293432 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/11/2025 11:50:00 FECHA EGRESO 26/11/2025 11:50:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2325 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-09T09:31:33-0500

7d72bba11dc19984587eda18033bfd3a41068b61b4f2000d9a043476912e465c423d6e0e2aadc7dbb4edae4e30fd9d9b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: 09/12/2025
HORA FAC: 09:15:03
VENC: 08/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261163

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24836776 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARGARITA GONZALEZ DE PEREZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3122775939 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CALLE 62 11 - 62 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 70 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24836776 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 04/12/2025 14:30:00 FECHA EGRESO 04/12/2025 14:52:17 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2454 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-09T09:31:37-0500

0f516ef5c555047fdb03657291f9bd3dbd208b4f2a90e2097e3edcaec856d98980f72384977a39b70253cfe63441f9a1

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | T057 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA | 04/12/2025 14:30:00 | 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 FE261163

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24836776 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARGARITA GONZALEZ DE PEREZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3122775939 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CALLE 62 11 - 62 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 70 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5 |

No. HISTORIA: 24836776 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 04/12/2025 14:30:00 FECHA EGRESO 04/12/2025 14:52:17 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2454 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-09T09:31:37-0500

0f516ef5c555047fdb03657291f9bd3dbd208b4f2a90e2097e3edcaec856d98980f72384977a39b70253cfe63441f9a1

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: 10/12/2025
HORA FAC: 09:34:10
VENC: 09/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261343

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:TI 1054889237 VILLAMARIA | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: ISABELA CASTRILLON SANCHEZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3117527730 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: VILLAMARIA | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 16 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 1054889237 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 04/12/2025 10:00:00 FECHA EGRESO 04/12/2025 11:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2482 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:15:49-0500

87088c2eb662042c64680a590e320cb604ec011d6ec38001f0aa42d9a683e5bb490eed5400899354708f0516e98b815e

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 31101 | 001 | ECOGRAFIA GINECOLOGICA O PELVICA | 04/12/2025 10:00:00 | 126.000,00 | 1 | 126.000,00 |
| | | | **TOTAL ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL** | | | **1** | **126.000,00** |

**SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 126.000,00**

**TOTAL FACTURA: 126.000,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 126.000,00 |
| 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:**

CIENTOVEINTISEIS MIL 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 FE261343

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:TI 1054889237 VILLAMARIA | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: ISABELA CASTRILLON SANCHEZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3117527730 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: VILLAMARIA | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 16 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 1054889237 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 04/12/2025 10:00:00 FECHA EGRESO 04/12/2025 11:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2482 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:15:49-0500

87088c2eb662042c64680a590e320cb604ec011d6ec38001f0aa42d9a683e5bb490eed5400899354708f0516e98b815e

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FECHA: 10/12/2025
HORA FAC: 09:40:15
VENC: 09/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261346

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 25/11/2025 12:55:00 FECHA EGRESO 25/11/2025 13:01:38 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2461 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:15:59-0500

cd41f407fc2648b378221c499e05878e085584b58b1587040cab7bda235d7673c952cad88da855f2d6e3b771b0310ca6

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 21101 | 001 | RADIOGRAFIA DE DEDOS O MANO | 25/11/2025 12:55:00 | 66.150,00 | 1 | 66.150,00 |
| | | | **TOTAL RADIOGRAFIA DE DEDOS O MANO** | | | **1** | **66.150,00** |
| 2 | 21106 | 001 | COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGA | 25/11/2025 12:55:00 | 38.790,00 | 1 | 38.790,00 |
| | | | **TOTAL COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGAR:** | | | **1** | **38.790,00** |
| 3 | 21105 | 001 | RADIOGRAFIA DE PELVIS | 25/11/2025 12:55:00 | 72.810,00 | 1 | 72.810,00 |
| | | | **TOTAL RADIOGRAFIA DE PELVIS** | | | **1** | **72.810,00** |
| 4 | 21102 | 001 | RADIOGRAFIA DE RODILLA | 25/11/2025 12:55:00 | 85.770,00 | 1 | 85.770,00 |
| | | | **TOTAL RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL** | | | **1** | **85.770,00** |
| | | | | | **SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :** | **4** | **263.520,00** |
| | | | | | **TOTAL FACTURA:** | | **263.520,00** |

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 4

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 263.520,00 |
| 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:**
DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**
* 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: 10/12/2025
HORA FAC: 09:40:15
VENC: 09/01/2026


## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261346

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 25/11/2025 12:55:00 FECHA EGRESO 25/11/2025 13:01:38 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2461 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:15:59-0500

cd41f407fc2648b378221c499e05878e085584b58b1587040cab7bda235d7673c952cad88da855f2d6e3b771b0310ca6

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | |

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

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: 10/12/2025
HORA FAC: 09:43:36
VENC: 09/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261349

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 30274548 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: GLORIA CECILIA GOMEZ MARTINEZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3232364535 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CRA 33 A NRO 45-35 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 65 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 30274548 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 26/11/2025 09:40:00 FECHA EGRESO 26/11/2025 10:00:00 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2464 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:16:10-0500
1947c5ab0d4e85917f5d6e034413aec43f21abe72cd926512d2b9c1e18a64271b079ea7b7d3f1e69436bd3d4a540ddfc

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 21142 | 001 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA | 26/11/2025 09:40:00 | 132.210,00 | 1 | 132.210,00 |
| | | | **TOTAL RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA** | | | **1** | **132.210,00** |
| 2 | 21106 | 001 | COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGA | 26/11/2025 09:40:00 | 38.790,00 | 1 | 38.790,00 |
| | | | **TOTAL COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGAR:** | | | **1** | **38.790,00** |
| 3 | 21105 | 001 | RADIOGRAFIA DE PELVIS | 26/11/2025 09:40:00 | 72.810,00 | 1 | 72.810,00 |
| | | | **TOTAL RADIOGRAFIA DE PELVIS O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)** | | | **1** | **72.810,00** |
| | | | | | **SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :** | **3** | **243.810,00** |
| | | | | | **TOTAL FACTURA:** | | **243.810,00** |

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 3

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 243.810,00 |
| 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:**
DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

**Observación**

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261349

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 30274548 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: GLORIA CECILIA GOMEZ MARTINEZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3232364535 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CRA 33 A NRO 45-35 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 65 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 30274548 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/11/2025 09:40:00 FECHA EGRESO 26/11/2025 10:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2464 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:16:10-0500

1947c5ab0d4e85917f5d6e034413aec43f21abe72cd926512d2b9c1e18a64271b079ea7b7d3f1e69436bd3d4a540ddfc

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | |

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

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: 10/12/2025
HORA FAC: 09:45:32
VENC: 09/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261350

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 75094181 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: JUAN MARCELO CORREA JIMENEZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3177732737 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CR 19 46 B 30 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 45 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 75094181 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 27/11/2025 08:40:00 FECHA EGRESO 27/11/2025 10:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2474 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:16:14-0500

d383ae82c9bfd2bf56378bac6fefccb776820549f0d193d7dea611ed3cfe5b7be90785eb99a367ca1800d570925d8e98

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 31109 | 001 | ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL INCLU<br>HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES | 27/11/2025 08:40:00 | 304.740,00 | 1 | 304.740,00 |
| | | | **TOTAL ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS** | | | **1** | **304.740,00** |

**SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 304.740,00**

**TOTAL FACTURA: 304.740,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 304.740,00 |
| 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:**

TRESCIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA 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 FE261350

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 75094181 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: JUAN MARCELO CORREA JIMENEZ | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3177732737 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CR 19 46 B 30 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 45 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 75094181 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 27/11/2025 08:40:00 FECHA EGRESO 27/11/2025 10:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2474 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

2025-12-10T10:16:14-0500


d383ae82c9bfd2bf56378bac6fefccb776820549f0d193d7dea611ed3cfe5b7be90785eb99a367ca1800d570925d8e98


| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: 11/12/2025
HORA FAC: 13:22:36
VENC: 10/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500

1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 38132 | 001 | INTERNACION 305 COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL | 04/12/2025 00:00:00 | 456.095,00 | 1 | 456.095,00 |
| 2 | 38132 | 001 | INTERNACION 305 COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL | 05/12/2025 00:00:00 | 456.095,00 | 1 | 456.095,00 |
| 3 | 38124 | 001 | INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MULTIPLE (CUATRO O | 03/12/2025 17:52:30 | 242.820,00 | 1 | 242.820,00 |
| | | **TOTAL ESTANCIAS** | | | | **3** | **1.155.010,00** |
| 4 | 19036 | 001 | ALBUMINA | 06/12/2025 14:26:04 | 14.060,00 | 1 | 14.060,00 |
| | | | **TOTAL ALBUMINA** | | | **1** | **14.060,00** |
| 5 | 19224 | 001 | CLORURO | 06/12/2025 14:27:31 | 15.675,00 | 1 | 15.675,00 |
| | | | **TOTAL CLORURO** | | | **1** | **15.675,00** |
| 6 | 19497 | 001 | GRAM TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA) | 06/12/2025 14:27:27 | 17.765,00 | 1 | 17.765,00 |
| | | | **TOTAL GRAM TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)** | | | **1** | **17.765,00** |
| 7 | 39145 | 001 | CONSULTA DE URGENCIAS | 03/12/2025 18:53:14 | 81.510,00 | 1 | 81.510,00 |
| | | | **TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS** | | | **1** | **81.510,00** |
| 8 | 893801 | 001 | CONSUMO DE OXIGENO | 06/12/2025 14:27:37 | 6.100,00 | 48 | 292.800,00 |
| | | | **TOTAL CONSUMO DE OXIGENO** | | | **48** | **292.800,00** |
| 9 | 19290 | 001 | CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS | 06/12/2025 14:25:26 | 19.855,00 | 1 | 19.855,00 |
| 10 | 19290 | 001 | CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS | 06/12/2025 14:27:11 | 19.855,00 | 1 | 19.855,00 |

* 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 FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION
FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION
AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500
1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS** | | | **2** | **39.710,00** |
| 11 | 38124 | 001 | T0001 | INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDA MEDIANA HABITACION MULTIPLE (CUATRO O | 05/12/2025 14:27:37 | 82.935,00 | 2 | 165.870,00 |
| | | | | **TOTAL INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MULTIPLE (CUATRO O MAS CAMAS)** | | | **2** | **165.870,00** |
| 12 | 25109 | 001 | | ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPLER A COLOR | 06/12/2025 14:25:49 | 853.290,00 | 1 | 853.290,00 |
| | | | | **TOTAL ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPLER A COLOR** | | | **1** | **853.290,00** |
| 13 | 25102 | 001 | | ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE | 06/12/2025 14:27:37 | 67.925,00 | 1 | 67.925,00 |
| | | | | **TOTAL ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE** | | | **1** | **67.925,00** |
| 14 | 19522 | 001 | | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 06/12/2025 14:24:53 | 75.905,00 | 1 | 75.905,00 |
| | | | | **TOTAL HEMOGLOBINA GLICOSILADA** | | | **1** | **75.905,00** |
| 15 | 19304 | 001 | | CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA | 06/12/2025 14:27:16 | 34.390,00 | 1 | 34.390,00 |
| | | | | **TOTAL CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA** | | | **1** | **34.390,00** |
| 16 | 39140 | 001 | T0001 | INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | 04/12/2025 14:27:37 | 79.230,00 | 1 | 79.230,00 |
| | | | | **TOTAL INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA** | | | **1** | **79.230,00** |
| 17 | 19665 | 001 | | LIPASA | 06/12/2025 14:26:19 | 52.820,00 | 1 | 52.820,00 |
| | | | | **TOTAL LIPASA** | | | **1** | **52.820,00** |
| 18 | 19496 | 001 | | MONITORIZACION CONTINUA DE | 06/12/2025 14:27:37 | 14.060,00 | 7 | 98.420,00 |

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500

1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | GLUCOSA (GLUCOMETRIA) | | | | |
| | | | **TOTAL MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA (GLUCOMETRIA)** | | | **7** | **98.420,00** |
| 19 | 19749 | 001 | NITROGENO UREICO | 06/12/2025 14:25:45 | 16.530,00 | 1 | 16.530,00 |
| 20 | 19749 | 001 | NITROGENO UREICO | 06/12/2025 14:27:04 | 16.530,00 | 1 | 16.530,00 |
| | | | **TOTAL NITROGENO UREICO** | | | **2** | **33.060,00** |
| 21 | 903066 | 001 | PEPTIDO NATRIURETICO | 06/12/2025 14:26:11 | 120.120,00 | 1 | 120.120,00 |
| | | | **TOTAL PEPTIDO NATRIURETICO** | | | **1** | **120.120,00** |
| 22 | 19792 | 001 | POTASIO | 06/12/2025 14:26:39 | 49.020,00 | 1 | 49.020,00 |
| | | | **TOTAL POTASIO** | | | **1** | **49.020,00** |
| 23 | 19806 | 001 | PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION | 06/12/2025 14:26:58 | 69.825,00 | 1 | 69.825,00 |
| | | | **TOTAL PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION** | | | **1** | **69.825,00** |
| 24 | 21201 | 001 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O P A Y LATERAL) | 04/12/2025 12:05:34 | 94.320,00 | 1 | 94.320,00 |
| | | | **TOTAL RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O P A Y LATERAL)** | | | **1** | **94.320,00** |
| 25 | 19891 | 001 | SODIO | 06/12/2025 14:26:51 | 40.565,00 | 1 | 40.565,00 |
| | | | **TOTAL SODIO** | | | **1** | **40.565,00** |
| 26 | 19827 | 001 | PROTROMBINA TIEMPO PT | 06/12/2025 14:25:19 | 50.065,00 | 1 | 50.065,00 |
| | | | **TOTAL PROTROMBINA TIEMPO PT** | | | **1** | **50.065,00** |
| 27 | 19958 | 001 | TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL (PTT) | 06/12/2025 14:25:11 | 48.640,00 | 1 | 48.640,00 |
| | | | **TOTAL TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL (PTT)** | | | **1** | **48.640,00** |
| 28 | 21715 | 001 | TAC DE ABDOMEN TOTAL | 04/12/2025 10:17:14 | 898.560,00 | 1 | 898.560,00 |

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION
FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION
AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500
1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 TAC DE ABDOMEN TOTAL** | | | **1** | **898.560,00** |
| 29 | 38124 | 001 | INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDA MEDIANA HABITACION MULTIPLE (CUATRO O | 06/12/2025 14:24:59 | 36.005,00 | 1 | 36.005,00 |
| | | | **TOTAL INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MULTIPLE (CUATRO O MAS CAMAS)** | | | **1** | **36.005,00** |
| 30 | 19934 | 001 | TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT | 06/12/2025 14:25:05 | 36.005,00 | 1 | 36.005,00 |
| | | | **TOTAL TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT** | | | **1** | **36.005,00** |
| 31 | 19959 | 001 | TROPONINA T | 06/12/2025 14:25:58 | 106.115,00 | 1 | 106.115,00 |
| | | | **TOTAL TROPONINA T** | | | **1** | **106.115,00** |
| 32 | 19964 | 001 | UREA | 06/12/2025 14:25:37 | 18.240,00 | 1 | 18.240,00 |
| | | | **TOTAL UREA** | | | **1** | **18.240,00** |
| 33 | 19775 | 001 | PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO | 06/12/2025 14:26:29 | 21.945,00 | 1 | 21.945,00 |
| | | | **TOTAL UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +** | | | **1** | **21.945,00** |
| | | | | | **SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :** | **87** | **4.666.865,00** |

SUMINISTROS

| IT | CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | | FECHA / HORA | VLR.UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **01** | **MEDICAMENTOS** | | | | | | | |
| 34 | 20038780-4 | | EVALAX SOBRES 17G (POLIETILENGLICOL 3350G) | 2,00 | 8.745,00 | 17.490,00 | 0,00 | 0,00 |
| 35 | 20038780-4 | | EVALAX SOBRES 17G (POLIETILENGLICOL 3350G) | 2,00 | 8.745,00 | 17.490,00 | 0,00 | 0,00 |
| 36 | 20038780-4 | | EVALAX SOBRES 17G (POLIETILENGLICOL 3350G) | 1,00 | 8.745,00 | 8.745,00 | 0,00 | 0,00 |

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500
1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 EVALAX SOBRES 17G (POLIETILENGLICOL 3350G)** | | | | | **5,00** | **43.725,00** |
| 37 | 32606-2 | LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA | 1,00 | 5.621,00 | 5.621,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 38 | 32606-2 | LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA | 2,00 | 5.621,00 | 11.242,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 39 | 32606-2 | LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA | 1,00 | 5.621,00 | 5.621,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA** | | | | | **4,00** | **22.484,00** |
| 40 | 20048683-1 | PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE (ACETAMINOFEN) | 1,00 | 43.271,00 | 43.271,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 41 | 20048683-1 | PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE (ACETAMINOFEN) | 3,00 | 43.271,00 | 129.813,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 42 | 20048683-1 | PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE (ACETAMINOFEN) | 3,00 | 43.271,00 | 129.813,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 43 | 20048683-1 | PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE (ACETAMINOFEN) | 2,00 | 43.271,00 | 86.542,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE + ** | | | | | **9,00** | **389.439,00** |
| 44 | 19932754-2 | SOLUCION SALINA 0.9% 250 ML BOLSA | 1,00 | 5.014,00 | 5.014,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 250 ML BOLSA** | | | | | **1,00** | **5.014,00** |
| 45 | 224249-2 | XENETIX 300MG 1 / ML 50ML ( IOBITRIDOL ) | 2,00 | 158.950,00 | 317.900,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL XENETIX 300MG 1 / ML 50ML ( IOBITRIDOL )** | | | | | **2,00** | **317.900,00** |
| | | **TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS** | | | | | **21,00** | **778.562,00** |
| **02** | **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | |
| 46 | | 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** |

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500

1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 47 | CATETER INTRAVENOSO # 20 | 1,00 | 5.456,00 | 5.456,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 20** | | | | **1,00** | | **5.456,00** |
| 48 | CATETER INTRAVENOSO # 22 | 1,00 | 5.456,00 | 5.456,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22** | | | | **1,00** | | **5.456,00** |
| 49 | CATETER INTRAVENOSO # 24 | 1,00 | 6.123,00 | 6.123,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 24** | | | | **1,00** | | **6.123,00** |
| 50 | CONECTOR DE BAJA PRESION | 1,00 | 14.691,00 | 14.691,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL CONECTOR DE BAJA PRESION** | | | | **1,00** | | **14.691,00** |
| 51 | CONECTOR EN Y CON DOBLE VALVULA | 1,00 | 29.941,00 | 29.941,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL CONECTOR EN Y CON DOBLE VALVULA** | | | | **1,00** | | **29.941,00** |
| 52 | CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H ( SAFEFLOW) | 1,00 | 6.912,00 | 6.912,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 53 | 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** |
| 54 | DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683 | 1,00 | 6.088,00 | 6.088,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 55 | 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** |
| 56 | 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** |
| 57 | 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 FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500

1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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** |
| 58 | HUMIDIFICADOR TAPA NEGRA | 1,00 | 15.389,00 | 15.389,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL HUMIDIFICADOR TAPA NEGRA** | | | | **1,00** | | **15.389,00** |
| 59 | LLAVE DE PASO DE TRES VIAS (DISCOFIX 4095111) | 2,00 | 4.532,00 | 9.064,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL LLAVE DE PASO DE TRES VIAS (DISCOFIX 4095111)** | | | | **2,00** | | **9.064,00** |
| 60 | MACROGOTEO SIN AGUJA | 1,00 | 3.084,00 | 3.084,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 61 | MACROGOTEO SIN AGUJA | 2,00 | 3.084,00 | 6.168,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | **TOTAL MACROGOTEO SIN AGUJA** | | | | **3,00** | | **9.252,00** |
| | **TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | **27,00** | | **178.034,00** |

**SUBTOTAL SUMINISTROS : 48 956.596,00**

**TOTAL FACTURA: 5.623.461,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 61

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 5.623.461,00 |
| 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:**

CINCO MILLONES SEISCIENTOSVEINTITRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261561

| | |
|---|---|
| NUMERO ID.:CC 24271061 MANIZALES | NIT. 899999034-1 |
| NOMBRE: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA | EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
| TELEFONO: 3142923483 CARNET: | DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO |
| DIRECCION: CL 8 9 A-21 | CONTRATO: SENA SALUD |
| MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 90 AÑOS | S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24271061 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 03/12/2025 17:52:29 FECHA EGRESO 06/12/2025 14:27:37 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2572 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2025-12-11T14:03:31-0500

1abbacea29cd3bdf26a572e99e4ee8b60d1895d8832b1e00f89a5e6f7ebe470bbab18b87144f9cc6804aa0fe5a95830b

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 DEL PILAR BETANCUR GALLEGO

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: 11/12/2025
HORA FAC: 13:49:41
VENC: 10/01/2026
PAGINA: 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261568

| | |
|---|---|
| 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: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24299730 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 01/12/2025 14:33:13 FECHA EGRESO 03/12/2025 15:17:04 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2409 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2025-12-11T14:03:56-0500
fd91c1c01555f1aa601756848fae141b3e309bf4e8e263bda6e1f8ac3429d7459e47eb7406941c7a0f01f71f2ae1ddc2

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **8134** | **001** | **CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RE** | | **798.000,00** | **1** | **798.000,00** |
| | INDV | 01/12/25 | K04 GRUPO 04 CIRCULAR 025 2025 | | | | |
| 1 | 39002 | 10262766 | ESPECIALISTA QX | | 178.315,00 | 100,00 % | |
| 2 | 39102 | 24326546 | ANESTESIÓLOGO | | 128.250,00 | 100,00 % | |
| 3 | 39206 | | DERECHOS DE SALA | | 314.545,00 | 100,00 % | |
| 4 | 39302 | | MATERIALES | | 176.890,00 | 100,00 % | |
| | | | | | **SUBTOTAL CIRUGIAS :** | **1** | **798.000,00** |
| | **ESTANCIAS** | | | | | | |
| 5 | 38271 | 001 | INTERNACION 608-A | 01/12/2025 00:00:00 | 533.425,00 | 1 | 533.425,00 |
| | | | COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIEN | | | | |
| 6 | 38271 | 001 | INTERNACION 608-A | 02/12/2025 00:00:00 | 533.425,00 | 1 | 533.425,00 |
| | | | COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIEN | | | | |
| | **TOTAL ESTANCIAS** | | | | | **2** | **1.066.850,00** |
| | | | | | **SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :** | **3** | **1.864.850,00** |

### SUMINISTROS

| IT | CODIGO | SEDE | DESCRIPCION | | FECHA / HORA | VLR.UNITARIO | CNT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **01** | **MEDICAMENTOS** | | | | | | |
| 7 | 19961663-1 | | CEFAZOLINA 1G INYECTABLE | 2,00 | 8.610,00 | 17.220,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | **TOTAL CEFAZOLINA 1G INYECTABLE** | | | | **2,00** | **17.220,00** |
| 8 | 32606-2 | | LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA | 2,00 | 5.621,00 | 11.242,00 | 0,00 | 0,00 |

* 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 FE261568

| | |
|---|---|
| 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: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24299730 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 01/12/2025 14:33:13 FECHA EGRESO 03/12/2025 15:17:04 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2409 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2025-12-11T14:03:56-0500
fd91c1c01555f1aa601756848fae141b3e309bf4e8e263bda6e1f8ac3429d7459e47eb7406941c7a0f01f71f2ae1ddc2

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 32606-2 | LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA | 2,00 | 5.621,00 | 11.242,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA** | | | | **4,00** | | **22.484,00** |
| 10 | 20048683-1 | PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE (ACETAMINOFEN) | 1,00 | 43.271,00 | 43.271,00 | | 0,00 | 0,00 |
| 11 | 20048683-1 | PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE (ACETAMINOFEN) | 3,00 | 43.271,00 | 129.813,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL PARACETAMOL 1000MG / 100ML SOLUCION INYECTABLE** | | | | **4,00** | | **173.084,00** |
| | | **TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS** | | | | **10,00** | | **212.788,00** |
| **02** | **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | |
| 12 | | CATETER INTRAVENOSO # 20 | 1,00 | 5.456,00 | 5.456,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 20** | | | | **1,00** | | **5.456,00** |
| 13 | | ELECTRODOS DESECHABLES 2228 UNIDAD | 3,00 | 966,00 | 2.898,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL ELECTRODOS DESECHABLES 2228 UNIDAD** | | | | **3,00** | | **2.898,00** |
| 14 | | EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000 | 1,00 | 43.142,00 | 43.142,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000** | | | | **1,00** | | **43.142,00** |
| | | **TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | **5,00** | | **51.496,00** |
| | | **SUBTOTAL SUMINISTROS :** | | | | **15** | | **264.284,00** |

* 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: 11/12/2025
HORA FAC: 13:49:41
VENC: 10/01/2026
PAGINA: 3

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE261568

| | |
|---|---|
| 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: 6 TIPO AFILIADO: 5 |

No. HISTORIA: 24299730 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 01/12/2025 14:33:13 FECHA EGRESO 03/12/2025 15:17:04 HOSPITALIZACION

AUTORIZACIÓN:2409 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2025-12-11T14:03:56-0500

fd91c1c01555f1aa601756848fae141b3e309bf4e8e263bda6e1f8ac3429d7459e47eb7406941c7a0f01f71f2ae1ddc2

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 FACTURA: 2.129.134,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 14

| | |
|---|---|
| **VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS** | 2.129.134,00 |
| 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 CIENTOVEINTINUEVE MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

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

Responsable Facturación MARIA DEL PILAR BETANCUR GALLEGO
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.

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