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:	2025-12-10-11:08 a. 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:**	Con Obligacion			**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:**	127.361.006,00

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

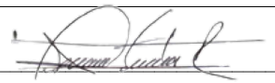
CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8356571	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-09-24

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	127.361.006,00

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	32.461.006,00	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

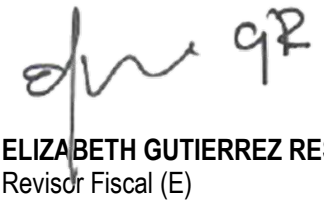
CERTIFICA QUE

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 35420038, Planilla K 35221328** con corte a noviembre 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 dieciséis (16) días del mes de diciembre 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.



ELIZABETH GUTIERREZ RESTREPO
Revisor Fiscal (E)
Tarjeta Profesional No. 84480-T
CC.41943860 de Armenia
Designada por **CROWE CO S.A.S.**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4D6373 2F53FC36F2

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 **ELIZABETH GUTIERREZ RESTREPO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 41943860 de ARMENIA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 84480-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 30 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 **41.943.860**

GUTIERREZ RESTREPO

APELLIDOS

ELIZABETH

NOMBRES

Elizabeth G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1979**

ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-JUL-1997 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00430830-F-0041943860-20130411 **00326**93589A 1 4782186021

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO



84480-T

ELIZABETH
GUTIERREZ RESTREPO
C.C. 41943860
RESOLUCION INSCRIPCION 25 FECHA 11/04/02
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

PRESIDENTE

ELGA INES SÁNCHEZ CORTES

93812

Scanned by TapScanner

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

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 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