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:	2026-01-31-11:17 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:**	51.300.000,00			**Valor Actual:**	193.650.000,00	**Saldo x Obligar:**	0,00

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

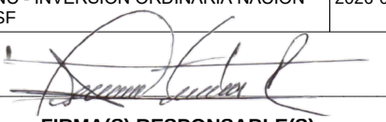
CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8356571	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-09-24

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	2025-12-30	142.350.000,00	51.300.000,00		
					Total:	142.350.000,00	51.300.000,00	193.650.000,00	0,00

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	2026-01-02	47.450.000,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-01-02	47.450.000,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-01-02	47.450.000,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-01-02	51.300.000,00	0,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

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:	2026-01-31-11:17 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:**	2026-01-21	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-017-000000 SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	178.661.006,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	178.661.006,00	**Saldo x Obligar:**	178.661.006,00

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

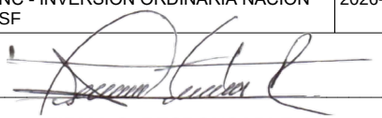
CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8356571	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-09-24

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		178.661.006,00	0,00		
					Total:	178.661.006,00	0,00	178.661.006,00	178.661.006,00

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	2026-12-18	32.461.006,00	32.461.006,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-12-18	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	2026-12-18	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	2026-12-18	51.300.000,00	51.300.000,00	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 E36114074,** con corte a diciembre 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 administración del Centro Medico de Especialista CME SA es responsable por la preparación de la información fuente mencionada en esta certificación, la cual fue colocada a mi disposición. Mi función como revisor fiscal no incluye mi participación en el proceso de preparación, contabilización y presentación de la información relacionada con esta certificación.

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.

La presente certificación se expide en Manizales a los diez (10) días del mes de febrero de 2026, a solicitud de la administración de la compañía.

.

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:

8167C1A818161F60

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 * * *

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

1

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
BOTERO	OCAMPO	PABLO	FELIPE

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 3 2 2	

2

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
JARAMILLO	MEJIA	ALVARO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 3 2 2	

3

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
LLANO	URIBE	CARLOS	EDUARDO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 3 2 2	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	1 0 2 8 8 9 4 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PADILLA	LOPEZ	OSCAR	JULIAN

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	

5

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
DIAZ	ZAPATA	JOHN	JAIRO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		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: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 22/12/2025
HORA FAC: 14:15:12
VENC: 21/01/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE262883

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 30272847 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 17/12/2025 15:25:00 FECHA EGRESO 17/12/2025 15:28:56 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2414 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-22T14:47:04-0500
b48bb12f274a12b7ada679b11fbe98144171bf99bd92ad0f1c031971801ef7386622aae27cd814141b5760dd25d71942

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	17/12/2025 15:25:00	132.210,00	1	132.210,00
			TOTAL RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA			**1**	**132.210,00**
2	21108	001	PROYECCION ADICONAL (STRESS,TUNEL,TANGENCIALES,OBLICUOS) CADA UNA, AL	17/12/2025 15:25:00	34.920,00	1	34.920,00
3	21108	001	PROYECCION ADICONAL (STRESS,TUNEL,TANGENCIALES,OBLICUOS) CADA UNA, AL	17/12/2025 15:25:00	34.920,00	1	34.920,00
			TOTAL RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES STRESS TUNEL OBLICUAS AL VALOR DE LA REGION AGREGAR			**2**	**69.840,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : **3** **202.050,00**
TOTAL FACTURA: **202.050,00**

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

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	202.050,00
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 DOS MIL CINCUENTA 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: 22/12/2025
HORA FAC: 14:15:12
VENC: 21/01/2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE262883

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

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

FECHA INGRESO: 17/12/2025 15:25:00 FECHA EGRESO 17/12/2025 15:28:56 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2414 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-22T14:47:04-0500

b48bb12f274a12b7ada679b11fbe98144171bf99bd92ad0f1c031971801ef7386622aae27cd814141b5760dd25d71942

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 MARIA YORMENZA RAMIREZ MORALES
Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente
C.C. No.

Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante Legal

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

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

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FECHA: 29/12/2025
HORA FAC: 08:29:55
VENC: 28/01/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263501

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: 17/12/2025 08:25:23 FECHA EGRESO 17/12/2025 08:25:23 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:2642 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-29T08:45:45-0500
9e97ec025f990250a87c8631b5e04f95c9649efa2424b9b5cc059b544d30ec701ad9a103f2e454f23bb60fd6ec919a52

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 CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOG	17/12/2025 21:00:00	190.107,00	1	190.107,00
				TOTAL CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA			**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 FE263501

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: 17/12/2025 08:25:23 FECHA EGRESO 17/12/2025 08:25:23 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2642 NOMBRE AUTORIZADOR

2025-12-29T08:45:45-0500

9e97ec025f990250a87c8631b5e04f95c9649efa2424b9b5cc059b544d30ec701ad9a103f2e454f23bb60fd6ec919a52

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

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación CAROLINA VASQUEZ NARANJO

Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS



Responsable paciente

C.C. No.

Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA

Representante Legal

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

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

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 30/12/2025
HORA FAC: 10:48:03
VENC: 29/01/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263737

NUMERO ID.:CC 30401590 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: SANDRA MILENA NOREÑA SANCHEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3022254618 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 32 A 33 17	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 46 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 30401590 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 10/12/2025 10:04:03 FECHA EGRESO 30/12/2025 10:46:45 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2610 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 20

2025-12-30T11:01:30-0500

736473661062ab77b1d36ce80d93bf1371bce7059a172a80d413e0901bd0af14dae5a9463695398d20b05b10b5bb6a46

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	39145	001	CONSULTA DE URGENCIAS	10/12/2025 10:39:21	81.510,00	1	81.510,00

TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL 1 81.510,00

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 81.510,00

TOTAL FACTURA: 81.510,00

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

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	81.510,00
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:
OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

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

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263737

NUMERO ID.:CC 30401590 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: SANDRA MILENA NOREÑA SANCHEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3022254618 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 32 A 33 17	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 46 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 30401590 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 10/12/2025 10:04:03 FECHA EGRESO 30/12/2025 10:46:45 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2610 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 20

2025-12-30T11:01:30-0500

736473661062ab77b1d36ce80d93bf1371bce7059a172a80d413e0901bd0af14dae5a9463695398d20b05b10b5bb6a46

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 DIANA CLEMENCIA GOMEZ HERNANDEZ
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: 30/12/2025
HORA FAC: 15:27:44
VENC: 29/01/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263826

NUMERO ID.:CC 24275050 CASABIACA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116054302 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 29 82 A 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 92 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24275050 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 16/12/2025 14:23:35 FECHA EGRESO 30/12/2025 10:38:46 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2640 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 14

2025-12-30T15:33:28-0500

d70784b4c775db2af509e94090b20d48d135505bb9645d5bc15c71b27403920e6c21c92e51d71ec5e152484ff95ed9e6

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	39145	001		CONSULTA DE URGENCIAS	16/12/2025 15:26:33	81.510,00	1	81.510,00
				TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
2	19304	001		CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	30/12/2025 10:28:12	34.390,00	1	34.390,00
				TOTAL CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA			**1**	**34.390,00**
3	19792	001		POTASIO	30/12/2025 10:28:12	49.020,00	1	49.020,00
				TOTAL POTASIO			**1**	**49.020,00**
4	21201	001		RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	16/12/2025 17:41:02	94.320,00	1	94.320,00
				TOTAL RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL			**1**	**94.320,00**
5	21102	001		RADIOGRAFIA DE RODILLA	16/12/2025 17:33:03	85.770,00	1	85.770,00
				TOTAL RADIOGRAFIA DE RODILLA			**1**	**85.770,00**
6	13750	001	T0060	REDUCCION CERRADA LUXACION DE HOMBRO	30/12/2025 10:30:15	147.630,00	1	147.630,00
				TOTAL REDUCCION CERRADA LUXACION DE HOMBRO			**1**	**147.630,00**
7	19891	001		SODIO	30/12/2025 10:28:12	40.565,00	1	40.565,00
				TOTAL SODIO			**1**	**40.565,00**
8	21701	001		TAC DE CRANEO SIMPLE	16/12/2025 17:25:12	655.920,00	1	655.920,00
				TOTAL TAC DE CRANEO SIMPLE			**1**	**655.920,00**
9	21716	001		TAC DE EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	16/12/2025 17:58:30	559.440,00	1	559.440,00
				TOTAL TAC DE EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES			**1**	**559.440,00**
10	19959	001		TROPONINA I CUANTITATIVA	30/12/2025 10:28:12	106.115,00	1	106.115,00

* 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 FE263826

NUMERO ID.:CC 24275050 CASABIACA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116054302 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 29 82 A 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 92 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 24275050 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 16/12/2025 14:23:35 FECHA EGRESO 30/12/2025 10:38:46 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2640 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 14

2025-12-30T15:33:28-0500

d70784b4c775db2af509e94090b20d48d135505bb9645d5bc15c71b27403920e6c21c92e51d71ec5e152484ff95ed9e6

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 TROPONINA I CUANTITATIVA **1** **106.115,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : **10** **1.854.680,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION		FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**							
11	20190745-12		ACETAMINOFEN + CAFEINA 500MG / 65MG TABLETAS	2,00	715,00	1.430,00	0,00	0,00
			TOTAL ACETAMINOFEN + CAFEINA 500MG / 65MG TABLETAS				**2,00**	**1.430,00**
12	19922562-6		DIPIRONA 1G AMP	1,00	1.157,00	1.157,00	0,00	0,00
			TOTAL DIPIRONA 1G AMP				**1,00**	**1.157,00**
13	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**
			TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS				**4,00**	**7.601,00**
02	**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**							
14			CABESTRILLO TALLA S M Y L	1,00	18.952,00	18.952,00	0,00	0,00
			TOTAL CABESTRILLO TALLA S M Y L				**1,00**	**18.952,00**
15			CATETER INTRAVENOSO # 22	1,00	5.456,00	5.456,00	0,00	0,00
			TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22				**1,00**	**5.456,00**
16			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)				**1,00**	**6.912,00**
17			DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	6.088,00	6.088,00	0,00	0,00
			TOTAL DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683				**1,00**	**6.088,00**

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263826

NUMERO ID.:CC 24275050 CASABIACA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116054302 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 29 82 A 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 92 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24275050 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 16/12/2025 14:23:35 FECHA EGRESO 30/12/2025 10:38:46 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2640 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 14

2025-12-30T15:33:28-0500

d70784b4c775db2af509e94090b20d48d135505bb9645d5bc15c71b27403920e6c21c92e51d71ec5e152484ff95ed9e6

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		

18	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**
19	JERINGA 5ML 3P LUER LOCK	1,00	521,00	521,00	0,00	0,00
	TOTAL JERINGA 5ML 3P LUER LOCK				**1,00**	**521,00**
20	MACROGOTEO SIN AGUJA	1,00	3.084,00	3.084,00	0,00	0,00
	TOTAL MACROGOTEO SIN AGUJA				**1,00**	**3.084,00**
	TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				**16,00**	**50.673,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : 20 58.274,00

TOTAL FACTURA: 1.912.954,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 20

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	1.912.954,00
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:

UN MILLON NOVECIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación

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

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

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

Siéntase como en casa

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263826

NUMERO ID.:CC 24275050 CASABIACA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116054302 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 29 82 A 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 92 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 24275050 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION
FECHA INGRESO: 16/12/2025 14:23:35 FECHA EGRESO 30/12/2025 10:38:46 URGENCIAS
AUTORIZACIÓN:2640 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 14

2025-12-30T15:33:28-0500
d70784b4c775db2af509e94090b20d48d135505bb9645d5bc15c71b27403920e6c21c92e51d71ec5e152484ff95ed9e6

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 DIANA CLEMENCIA GOMEZ HERNANDEZ
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: 31/12/2025
HORA FAC: 09:41:45
VENC: 30/01/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263896

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: 26/12/2025 14:17:36 FECHA EGRESO 27/12/2025 22:55:22 URGENCIAS
AUTORIZACIÓN:2414. NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-12-31T10:16:00-0500
d2d60266b2ee8c4ca2f7b8b7775c5589f6945bc61027ff09451575f269c48b194853581c66792f5cd29ede3cb26821b8

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	39145	001	CONSULTA DE URGENCIAS	26/12/2025 14:39:45	81.510,00	1	81.510,00
			TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
2	893801	001	CONSUMO DE OXIGENO	27/12/2025 22:55:22	100,00	600	60.000,00
			TOTAL CONSUMO DE OXIGENO			**600**	**60.000,00**
3	19290	001	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	26/12/2025 19:41:37	19.855,00	1	19.855,00
			TOTAL CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS			**1**	**19.855,00**
4	19304	001	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	26/12/2025 19:41:40	34.390,00	1	34.390,00
			TOTAL CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA			**1**	**34.390,00**
5	19749	001	NITROGENO UREICO	26/12/2025 19:41:33	16.530,00	1	16.530,00
			TOTAL NITROGENO UREICO			**1**	**16.530,00**
6	21106	001	COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGA	28/12/2025 07:38:09	38.790,00	1	38.790,00
			TOTAL COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGAR:			**1**	**38.790,00**
7	21105	001	RADIOGRAFIA DE PELVIS	28/12/2025 07:37:59	72.810,00	1	72.810,00
			TOTAL RADIOGRAFIA DE PELVIS			**1**	**72.810,00**
8	21143	001	RADIOGRAFIA DE SACROCOCCIX	28/12/2025 07:40:12	103.230,00	1	103.230,00
			TOTAL RADIOGRAFIA DE SACROCOCCIX			**1**	**103.230,00**
9	38925	001	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	26/12/2025 23:59:00	116.945,00	1	116.945,00

* 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 FE263896

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: 26/12/2025 14:17:36 FECHA EGRESO 27/12/2025 22:55:22 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2414. NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-12-31T10:16:00-0500

d2d60266b2ee8c4ca2f7b8b7775c5589f6945bc61027ff09451575f269c48b194853581c66792f5cd29ede3cb26821b8

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 SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA SOD				**1**	**116.945,00**
10	38925	001	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	26/12/2025 19:41:29	50.065,00		1	50.065,00
			TOTAL SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA SOD				**1**	**50.065,00**
11	19958	001	TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL (PTT)	26/12/2025 19:41:25	48.640,00		1	48.640,00
			TOTAL TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL (PTT)				**1**	**48.640,00**
12	21701	001	TAC DE CRANEO SIMPLE	27/12/2025 08:33:37	655.920,00		1	655.920,00
			TOTAL TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE				**1**	**655.920,00**
						SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**611**	**1.298.685,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION			FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**								
13	19922562-6		DIPIRONA 1G AMP	2,00	1.157,00		2.314,00	0,00	0,00
			TOTAL DIPIRONA 1G AMP					**2,00**	**2.314,00**
14	20076204-1		KETESSE 50 MG / 2ML SOLUCION INYECTABLE (DEXKETOPROFENO)	1,00	10.450,00		10.450,00	0,00	0,00
			TOTAL KETESSE 50 MG / 2ML SOLUCION INYECTABLE					**1,00**	**10.450,00**
			TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE						
15	19932754-5		SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	1,00	4.897,00		4.897,00	0,00	0,00
16	19932754-5		SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	1,00	4.897,00		4.897,00	0,00	0,00
			TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML					**2,00**	**9.794,00**
			TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS					**5,00**	**22.558,00**

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263896

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: 26/12/2025 14:17:36 FECHA EGRESO 27/12/2025 22:55:22 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2414. NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-12-31T10:16:00-0500
d2d60266b2ee8c4ca2f7b8b7775c5589f6945bc61027ff09451575f269c48b194853581c66792f5cd29ede3cb26821b8

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

02 MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

17	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**	
18	CATETER INTRAVENOSO # 22	1,00	5.456,00	5.456,00	0,00	0,00	
	TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22				**1,00**	**5.456,00**	
19	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)				**1,00**	**6.912,00**	
20	DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	6.088,00	6.088,00	0,00	0,00	
	TOTAL DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683				**1,00**	**6.088,00**	
21	HUMIDIFICADOR TAPA NEGRA	1,00	15.389,00	15.389,00	0,00	0,00	
	TOTAL HUMIDIFICADOR TAPA NEGRA				**1,00**	**15.389,00**	
22	JERINGA 5ML 3P LUER LOCK	1,00	521,00	521,00	0,00	0,00	
23	JERINGA 5ML 3P LUER LOCK	1,00	521,00	521,00	0,00	0,00	
	TOTAL JERINGA 5ML 3P LUER LOCK				**2,00**	**1.042,00**	
24	MACROGOTEO SIN AGUJA	1,00	3.084,00	3.084,00	0,00	0,00	
	TOTAL MACROGOTEO SIN AGUJA				**1,00**	**3.084,00**	
	TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				**8,00**	**41.831,00**	
	SUBTOTAL SUMINISTROS :				**13**	**64.389,00**	

* 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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263896

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: 26/12/2025 14:17:36 FECHA EGRESO 27/12/2025 22:55:22 URGENCIAS
AUTORIZACIÓN:2414. NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-12-31T10:16:00-0500
d2d60266b2ee8c4ca2f7b8b7775c5589f6945bc61027ff09451575f269c48b194853581c66792f5cd29ede3cb26821b8

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: **1.363.074,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 24

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	1.363.074,00
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:
UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETENTA Y CUATRO 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 FE263896

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: 26/12/2025 14:17:36 FECHA EGRESO 27/12/2025 22:55:22 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2414. NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-12-31T10:16:00-0500

d2d60266b2ee8c4ca2f7b8b7775c5589f6945bc61027ff09451575f269c48b194853581c66792f5cd29ede3cb26821b8

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 JOHANA MILENA JURADO HERRERA
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: 31/12/2025
HORA FAC: 11:51:42
VENC: 30/01/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE263940

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

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

FECHA INGRESO: 29/12/2025 12:35:05 FECHA EGRESO 29/12/2025 23:00:00 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2419 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-12-31T12:31:35-0500

1e586da0bcb27507357c550160dce598a401c05489be50b895be900c741e54551c811f772bae9e417fd26d0a098471e5

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	39145	001	CONSULTA DE URGENCIAS	29/12/2025 13:21:58	81.510,00	1	81.510,00

TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL 1 81.510,00

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 81.510,00

TOTAL FACTURA: 81.510,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	81.510,00
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:

OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIEZ 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 FE263940

NUMERO ID.:CC 30272847 MZLES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MELVA CARDONA DE MARIN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116113659 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 31 C # 42-32	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 67 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

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

FECHA INGRESO: 29/12/2025 12:35:05 FECHA EGRESO 29/12/2025 23:00:00 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:2419 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2025-12-31T12:31:35-0500

1e586da0bcb27507357c550160dce598a401c05489be50b895be900c741e54551c811f772bae9e417fd26d0a098471e5

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 JOHANA MILENA JURADO HERRERA

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: 08/01/2026
HORA FAC: 07:23:08
VENC: 07/02/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE264700

NUMERO ID.:CC 24323247 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA ROSALBA MEJIA GARCIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3103867079 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CALLE 67 29 83	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 70 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24323247 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 28/11/2025 15:00:00 FECHA EGRESO 19/12/2025 21:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2458 NOMBRE AUTORIZADOR INICIA - TERAPIA

2026-01-08T08:00:31-0500

2bd3bfed2fcbb46663e1ffe4c690afcc61afecec54905aa2ba49b090f4e1c776d8ff02edfff6deb99c2ec8ad0d0fe835

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	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	28/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
2	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	02/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
3	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	10/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
4	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	12/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
5	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	15/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
6	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	16/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
7	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	19/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
			TOTAL TERAPIA FISICA INTEGRAL			**7**	**222.775,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 7 222.775,00

TOTAL FACTURA: 222.775,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 7

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	222.775,00
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:

DOSCIENTOSVEINTIDOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO 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 FE264700

NUMERO ID.:CC 24323247 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA ROSALBA MEJIA GARCIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3103867079 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CALLE 67 29 83	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 70 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24323247 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 28/11/2025 15:00:00 FECHA EGRESO 19/12/2025 21:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2458 NOMBRE AUTORIZADOR INICIA - TERAPIA

2026-01-08T08:00:31-0500

2bd3bfed2fcbb46663e1ffe4c690afcc61afecec54905aa2ba49b090f4e1c776d8ff02edfff6deb99c2ec8ad0d0fe835

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: 08/01/2026
HORA FAC: 07:31:14
VENC: 07/02/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE264702

NUMERO ID.:CC 1002576906 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MANUELA ALEJANDRA AGUDELO PEREZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 9B 4 A 02	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 22 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1002576906 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 06/11/2025 14:00:00 FECHA EGRESO 15/12/2025 21:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2284 NOMBRE AUTORIZADOR INICIA - TERAPIA

2026-01-08T08:00:39-0500

7e332ec4657dca76ed17b30b920860fb3d5b73bf5200979022d79789ebc72bcdf53deac67021d6de0611ea5b405dcd28

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	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	06/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
2	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	10/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
3	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	13/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
4	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	14/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
5	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	19/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
6	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	20/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
7	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	21/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
8	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	24/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
9	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	26/11/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
10	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	01/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
11	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	04/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
12	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	12/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
13	29112	001	TERAPIA FISICA SESION	15/12/2025 00:00:00	31.825,00	1	31.825,00
			TOTAL TERAPIA FISICA INTEGRAL			**13**	**413.725,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 13 413.725,00

TOTAL FACTURA: 413.725,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 13

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	413.725,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

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

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 FE264702

NUMERO ID.:CC 1002576906 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MANUELA ALEJANDRA AGUDELO PEREZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 9B 4 A 02	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 22 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 1002576906 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 06/11/2025 14:00:00 FECHA EGRESO 15/12/2025 21:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2284 NOMBRE AUTORIZADOR INICIA - TERAPIA

2026-01-08T08:00:39-0500

7e332ec4657dca76ed17b30b920860fb3d5b73bf5200979022d79789ebc72bcdf53deac67021d6de0611ea5b405dcd28

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

Valor a pagar por el usuario:

CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:

CUATROCIENTOS TRECE MIL SETECIENTOSVEINTICINCO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación

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

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación 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: 13/01/2026
HORA FAC: 15:01:45
VENC: 12/02/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE265189

NUMERO ID.:CC 24275050 CASABIACA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116054302 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 29 82 A 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 92 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24275050 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 08/01/2026 11:00:00 FECHA EGRESO 08/01/2026 11:36:38 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2418 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-01-13T16:18:14-0500

d649638ddecc2647d22f28d86a025dbc369ce3864f3b86f40ab94fa47d7c33a06dc720abe2ba2b64ac36eb43fe8a8008

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	T0060	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y T	08/01/2026 11:00:00	155.543,00	1	155.543,00
				TOTAL CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			**1**	**155.543,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 155.543,00

TOTAL FACTURA: 155.543,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

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

Valor a pagar por el usuario:

CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:

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

Observación

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

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE265189

NUMERO ID.:CC 24275050 CASABIACA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116054302 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 29 82 A 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 92 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 24275050 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 08/01/2026 11:00:00 FECHA EGRESO 08/01/2026 11:36:38 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2418 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-01-13T16:18:14-0500

d649638ddecc2647d22f28d86a025dbc369ce3864f3b86f40ab94fa47d7c33a06dc720abe2ba2b64ac36eb43fe8a8008

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.