EL SUPERVISOR DE CONTRATO

C E R T I F I C A

Que de conformidad con el Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR. 8096250 DEL 2025** con número de certificado de registro presupuestal SIIF 60525 del 18 de julio del 2025 suscrito con **PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD SAS**, identificado con Nit No. 800.176.807-4 cuyo objeto es la Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, durante la vigencia 2025, servicios prestados en el mes de diciembre del 2025 por un valor de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/Cte. ($ 5.895.825). Realizó a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales (Solo para aquellas empresas que estén obligadas)

Se expide en San Juan de Pasto, a los 6 días del mes de febrero de 2026

CUENTA DE COBRO	FECHA	VALOR
11084	Mes de diciembre del 2025	$ 5.895.825
TOTAL		$ 5.895.825

FIRMA SUPERVISOR

Elaboro: Diego Fernando Guerrero Ch. Apoyo servicio médico asistencial

Reviso: Richard Alexander López Carlosama: Coordinador Grupo Regional Gestión del Talento Humano

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	Pública Clasificada			Pública Reservada	

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL
ETAPA CONTRACTUAL
INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO No.CO1.PCCNTR. 8096250

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	Despacho Dirección Regional Nariño
CONTRATO NRO.	**CO1.PCCNTR. 8096250 DEL 2025**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	17/07/2025
OBJETO	Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, durante la vigencia 2025
CONTRATISTA	PROFESIONALES DE LA SALUD – PROINSALUD SAS
CC o NIT	800.176.807-4
LUGAR DE EJECUCIÓN	Pasto
FECHA DE INICIO	21/07/2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	21 DE JULIO DEL 2025 AL 30 DE OCTUBRE DEL 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$140.000.000,00
FECHA DE TERMINACIÓN	30/10/2025
PRÓRROGA NRO. 1	el plazo de ejecución se prorroga hasta el 31 de diciembre de 2025.
PRÓRROGA NRO. 2	el plazo de ejecución se prorroga hasta el 31 de marzo de 2026.
ADICIÓN NRO.	$ 70.000.000
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$210.000.000,00
FORMA DE PAGO	El SENA pagará dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista cuando esta se deba expedir, previa recepción de los servicios a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Además, el contratista debe anexar la certificación de pago de los aportes parafiscales, seguridad social (esto en cumplimiento de las leyes 789 de 2002 y 828 de 2003). El pago estará sujeto a la disponibilidad de PAC. El SENA efectuará las retenciones que en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su obligación efectuar la retención. En los demás casos, el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación, si es del

	caso. Deberán ser tramitadas por el CONTRATISTA, las devoluciones o exenciones a que crea tener derecho ante la respectiva Administración de Impuestos, sin responsabilidad alguna por parte del SENA o costo para ella. Todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la constitución de la garantía única de cumplimiento en caso de que se le requiera, son de cargo exclusivo del CONTRATISTA. Por lo tanto, los precios que se propongan deberán considerar tales conceptos. En el evento de que las facturas no estén correctamente diligenciadas o no se acompañen de los documentos exigidos como requisito para el pago, el término para el mismo sólo empezará a contar a partir de la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y, las mismas, no generarán pago de intereses o compensación alguna por parte del SENA. La factura deberá expedirse a nombre del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, NIT 899.999.034-1, y cumplir con lo estipulado en el artículo 616-1 y 617 del estatuto tributario. Nota 1: El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta que indique el contratista, para lo cual deberá entregar al SENA, dentro del término que indique la Entidad, una certificación bancaria vigente, con fecha de expedición no mayor a 30 días calendarios. Nota 2: Para la realización del pago derivado del presente contrato, el contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de los aportes parafiscales y a lo relativo al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.Nota 3. Deberán cumplir con el cargue de los documentos requeridos para el cobro en la respectiva línea de pago en el expediente digital del SECOP, dichos documentos se identifican como FV, GF y GF. Documentos que se apoyan en su proyección desde el área de contratación del centro de formación pero que serán agrupados con la totalidad de documentos que los contienen, así: FV: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE, comprobante de pago de la seguridad social del periodo, certificado de paz y salvo por los últimos 6 meses de los aportes parafiscales, si el certificado va firmado por contador y/o revisor fiscal se acompañará de la tarjeta profesional y del certificado de antecedentes de JCC, RUT con expedición inferior a 180 días calendarios, Certificación Bancaria con expedición inferior a 3 meses. GC: Informe de supervisión y evidencias de entrega y

	cumplimiento del bien o servicio. Nota 3: En todo caso, los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), aprobado por la Dirección General de la Entidad y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	Informe de supervisión numero 005
PERIODO DEL INFORME	MES DE NOVIEMBRE DEL 2025

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

OBLIGACIONES [Relacionar cada una de las obligaciones específicas]	**ACTIVIDADES REALIZADAS** [Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual]	**PRODUCTO O EVIDENCIA** [Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe]
El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a beneficiarios del servicio médico asistencial	**SE CUMPLE**	
Prestar los servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos mediante el carné vigente	**SE CUMPLE**	**El cual será prestado por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena las cuales deben ser acompañadas por los documentos que identifiquen al beneficiario como son copia de cedula y carnet**
En caso de solicitar ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, debe anexar por escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud	**SE CUMPLE**	

Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo	**SE CUMPLE**	
Permitir el acceso a los registros, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados	**SE CUMPLE**	
Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenes de atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la factura subir a la plataforma SECOP II. Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas	**SE CUMPLE**	**Cuentas de cobro presentadas por la empresa las cuales deben ser cargadas en la plataforma secop2 con todos sus soportes solicitados**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad	**SE CUMPLE**	**El contratista debe realizar la verificación solicitando al beneficiario la copia del carnet y de la cedula la cual lo identifica como beneficiario del servicio medico**
El contratista deberá presentar y mantener vigentes los permisos o licencias exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado	**SE CUMPLE**	
Realizar entrega de resultados con oportunidad y facilidad de acceso a los reportes al paciente y/o al Servicio Médico Asesor de la Entidad dentro de las 72 horas posteriores a la toma de la muestra, a excepción de aquellos casos que por su proceso especializado requieran más	**SE CUMPLE**	

tiempo para reportar		
La atención de los servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría será prestada a los beneficiarios de la Regional Nariño y los beneficiarios de otras Regional debidamente autorizados	**SE CUMPLE**	**por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena**
No se aplicará copagos a los beneficiarios del SMA de conformidad a la Resolución 1-00824 de 2022	**SE CUMPLE**	
La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos y/o Guías Médicas, aceptados en salud para el manejo de pacientes	**SE CUMPLE**	
Cumplir con la implementación de políticas de seguridad del paciente	**SE CUMPLE**	
Todas aquellas obligaciones inherentes al contrato y necesarias para la correcta ejecución del objeto de este		

2.1 Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

N/A.

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	NRO. DE CUENTA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
03/09/2025	10690	705.135	705.135	139.294.865	0,50 %
30/09/2025	10731	33.735.209	34.440.344	105.559.656	24,09 %
21/10/2025	10811	4.507.154	38.947.498	101.052.502	27,81%
24/11/2025	10914	608.323	39,555,821	170,444,179	18.83%
10/12/2025	10970	59.686.995	99,242,816	110,757,184	47.25%
6/02/2026	11084	5.895.825	105.138.641	104.861.359	50.06%

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de julio**	**Planilla nro.** 34241259 del 5 de agosto de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de agosto**	**Planilla nro.** 34549785 del 2 de septiembre de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de septiembre**	**Planilla nro.** 34872325 del 3 de octubre de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de octubre**	**Planilla nro.** 35216721 del 6 de noviembre de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de noviembre**	**Planilla nro.** 35335824 del 2 de diciembre de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de diciembre**	**Planilla nro.** 35845587 del 2 de enero de 2026

5. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN: N/A

5.1 Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE PÓLIZA	41-46-101022288		
CERTIFICADO O ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	18/07/2025		
FECHA APROBACIÓN	21/07/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Calidad del servicio	17/07/2025	28/02/2026	28.000.000
Cumplimiento del contrato	17/07/2025	28/02/2026	14.000.000
Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales	17/07/2025	30/10/2026	7.000.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE POLIZA	41-54-101000903		
CERTIFICADO O DE ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	18/07/2025		
FECHA APROBACIÓN	21/07/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	17/07/2025	30/10/2025	285.000.000

5.2 Multas y sanciones

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

5.3 Solicitud de modificación: es necesario para garantizar la cobertura adecuada y continua de los beneficiarios. En consecuencia, se hace necesario adicionar recursos al contrato actual, con el fin de mantener la calidad y oportunidad en la atención médica, evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 31 de diciembre del presente año y una adición en recurso por valor de setenta millones de pesos m/cte. $ (70.000.000)

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]	
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA
NRO. DE PÓLIZA	41-46-101022288

CERTIFICADO O ANEXO	1		
FECHA EXPEDICIÓN	06/11/2025		
FECHA APROBACIÓN	07/11/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Calidad del servicio	17/07/2025	28/02/2026	42.000.000
Cumplimiento del contrato	17/07/2025	28/02/2026	28.000.000
Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales	17/07/2025	30/10/2028	10.500.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE POLIZA	41-54-101000903		
CERTIFICADO O DE ANEXO	1		
FECHA EXPEDICIÓN	06/11/2025		
FECHA APROBACIÓN	07/11/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	17/07/2025	31/12/2025	285.000.000

5.4 Solicitud de modificación: es necesario para garantizar la cobertura adecuada y continua de los beneficiarios. En consecuencia, se hace necesario adicionar recursos al contrato actual, con el fin de mantener la calidad y oportunidad en la atención médica, evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 31 de marzo del 2026

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE PÓLIZA	41-46-101022288		
CERTIFICADO O ANEXO	3		
FECHA EXPEDICIÓN	06/11/2025		
FECHA APROBACIÓN	07/11/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Calidad del servicio	17/07/2025	31/07/2026	42.000.000
Cumplimiento del contrato	17/07/2025	31/07/2026	28.000.000
Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales	17/07/2025	31/03/2029	10.500.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE POLIZA	41-54-101000903		
CERTIFICADO O DE ANEXO	3		
FECHA EXPEDICIÓN	06/11/2025		
FECHA APROBACIÓN	07/11/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	17/07/2025	31/03/2026	285.000.000

6. CERTIFICACIÓN

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor(a), previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo

7. OBSERVACIONES

N/A

Para constancia se firma el 6 de febrero del 2026.

RICHARD ALEXANDER LOPEZ CARLOSAMA
Supervisor del contrato

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

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 646303

Fecha y Hora de Factura

Generación	2026-01-09	09:12:24
Expedición	2026-01-09	22:54:06
Vencimiento	2026-01-09	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410068000001	388901 LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS V	UND	1.00	3,282,100.00	3,282,100.00
2	0410068000001	388902 LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS V	UND	1.00	2,145,125.00	2,145,125.00

Total Items 2

Total Bruto	5,427,225.00
Total a Pagar	**$ 5.427.225,00**

FORMA DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206

MEDIO DE PAGO

Otro* Cuota 1 F - 010- 646303 Vence el 2026-01-09 5.427.225,00

VALOR EN LETRAS

Cinco Millones Cuatrocientos Veintisiete Mil Doscientos Veinticinco Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27143035 GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE Edad: 54 Servicio: QUIROFANO Ingreso: 2025-12-10 Egreso: 2025-12-10 Dx: I831 VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INF Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
10/12/2025

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
10/12/2025

Número de póliza
-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :ccea506c2dc74e89297b3586cdabcb21473059c7dab545eefa94200f3670792db534be9cf21d94267d5b0b4b904ed798

ORIGINAL

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

Fecha Elaboracin de Factura: 08/01/2026 Factura Nro: **FE 646303**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin:	Identificacin: 27143035	Autorizacin:
Nombre: GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE	Fecha Nacimiento: 01/10/1971	Edad: 54 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 10/12/2025	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 10/12/2025	Rgimen: 1
Dx: I831 VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACION		Servicio: QUIROFANO

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		QUIROFANO			
		Procedimiento Quirúrgico			
	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	1	3,282,100	3,282,100
	10	HONORARIOS CIRUJANO		708,200	
	10	HONORARIOS ANESTESIOLOGO		406,600	
	10	HONORARIOS AYUDANTE		192,900	
	10	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA		1,265,800	
	10	MATERIAL QUIRURGICO		708,600	
	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	1	2,145,125	2,145,125
	10	HONORARIOS CIRUJANO		531,150	
	10	HONORARIOS ANESTESIOLOGO		304,950	
	10	HONORARIOS AYUDANTE		144,675	
	10	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA		632,900	
	10	MATERIAL QUIRURGICO		531,450	

CONTROLADO

SUBTOTAL:	5,427,225
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**5,427,225**

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE



Firmas: YANET CORAL
Facturador

GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1571 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 11/11/2025

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO	☐	CIRUGIAS	☐	CONSULTA T.O ☐
	TTO. ODONTOLOGICO	☐	EMERGENCIA	☐	PARA E.P. ☐
	TTO. HOSPITALARIO	☐			FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA; PROINSALUD	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU
CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

A: GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE	CARNE No. 12966098-A
FAMILIAR DE. FRANCISCO VILLOTA	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. X ☐ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS: LADO DERECHO
LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS: LADO DERECHO

OBSERVACIONES: CIRUGIA VASCULAR SS PROEDIMIENTOS
ANEXAR HISTOIA CLINICA DE CX VASCULAR 6-11-2025
***CONTINGENCIA MANUALPOR FALLAS EN APLICATIVO SMA**

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J. Montaño
Médica General
R.M. 109[illegible]73
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Graciela Rosario Maya
C.C.No. 27 143035

Dr. Lindemberg Tobar Usama
Esp. Anestesiología y Reanimación
R.M. 1085264496
27-11-2025

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.143.035
MAYA ARGOTE
APELLIDOS
GRACIELA ROSARIO
NOMBRES



FIRMA

NARIÑO

12966098-B

GRACIELA ROSARIO
MAYA ARGOTE
C.C 27.143.035
RH AB
Fecha de nacimiento 01/10/1971



SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1971
BUESACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-1990 BUESACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00155754-F-0027143035-20090507 0011294060A 1 4920010736

FRANCISCO ANDRES VILLOTA ARCE
Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas

Emilio Humberto Cerón Lasso

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 651769

Fecha y Hora de Factura

Generación	2026-01-15	07:47:59
Expedición	2026-01-15	19:15:23
Vencimiento	2026-01-15	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0410093000001	882317 ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMB	UND	1.00	468,600.00	468,600.00

Total Items 1

Total Bruto	468,600.00
Total a Pagar	**$ 468.600,00**

FORMA DE PAGO **MEDIO DE PAGO**

Credito Eps Subsidiado 130206 | Otro* | Cuota 1 F - 010- 651769 Vence el 2026-01-15 | 468.600,00

VALOR EN LETRAS

Cuatrocientos Sesenta Y Ocho Mil Seiscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 27074409 AMPARO GIRON Edad: 78 Servicio: Cirugia Vascular Ingreso: 2025-12-05 Egreso: 2025-12-05 Dx: R600 EDEMA LOCALIZADO Municipio: PASTO Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

Código de prestador de servicio
5200100669

Modalidad de pago
Pago por evento

Período de inicio
5/12/2025

Plan de servicios
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato
-

Periodo de finalización
5/12/2025

Número de póliza
-

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :372c32390bd2d0f97df3c200b172f5e34595e37b96e77aeb9dc76743d70d2ca16be0e9c692722ecac6b6e4efe8c7f024

ORIGINAL

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

Fecha Elaboracin de Factura: 13/01/2026 Factura Nro: **FE 651769**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

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

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

Admisin:	Identificacin: 27074409	Autorizacin:
Nombre: AMPARO GIRON	Fecha Nacimiento: 23/05/1947	Edad: 78 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 05/12/2025	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 05/12/2025	Rgimen: 1
Dx: R600 EDEMA LOCALIZADO		Servicio: Cirugia Vascular

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Cirugia Vascular			
		Ecografía			
	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	1	468,600	468,600

SUBTOTAL:	468,600
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**468,600**

SON: CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

AMPARO GIRON

05-12

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1616 LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 19/11/2025

TIPO DE SERVICIO				
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS	CONSULTA T.O ☐	
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA	PARA E.P. ☐	
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐	

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	ESPECIALIDAD	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A.: AMPARO DEL CARMEN GIRON DE TREJOS	CARNE No. 5194575-A
FAMILIAR DE. ARTURO TREJO	CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

ECOGRAFIA DUPLEX VENOSO DE MIEMBRO INFERIOR
CANTIDAD#2
882317

OBSERVACIONES: PACIENTE CON SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA, SS ESTUDO COMPLEMENTARIO

****CONTINGENCIA MANUAL POR ERROR EN APLICATIVO SMA****

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO HORA			

Lorena J. Montaño
Médico General
R.M. 1094905873
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADO

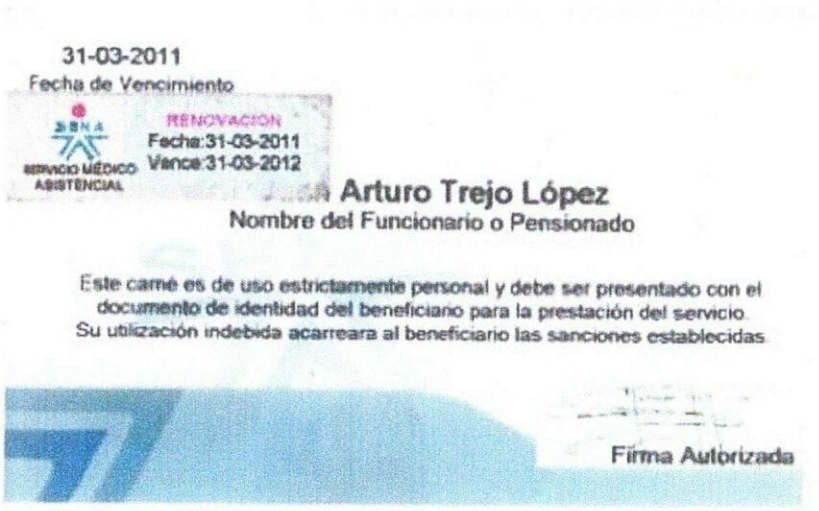
RECIBI Amparo G de Trejo

C.C.No. 27'074'409 Pasto (N.)


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 27.074.409
GIRON De TREJO
APELLIDOS
AMPARO DEL CARMEN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1947
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-ABR-1969 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2300100-00147084-F-0027074409-20090117 0009541801A 1 6800010045


QUINDÍO
5194575 - A
Amparo del Carmen
Girón
C C 27074409
Rh O +
23/05/1947
Fecha de nacimiento:
SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE


31-03-2011
Fecha de Vencimiento
SENA
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
RENOVACION
Fecha:31-03-2011
Vence:31-03-2012
Arturo Trejo López
Nombre del Funcionario o Pensionado
Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.
Firma Autorizada