Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9
Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC579493

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :
8681b3ff67b53f46614959047d769f3d2ef9e4383ae9a98de4285c9478586466001d31f5a63dd5f
f4f216c1b73c3c3a6

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2026-01-04 09:10:23**
Fecha Vencimiento : **03/02/2026**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **JIMENEZ LOZANO ALEXANDRA**
Identificacion: **CC 46368038**
Dirección : **CALLE 11 No. 12 - 40**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3134130670 - 3053713286**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **09/12/2025**
F. Salida : **09/12/2025**
Historia : **0061715**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	863105	Crioterapia (sesion)	UN	09/12/25	1471	1,00	85.320	85.320		0	85.320

Total Items:1

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	85.320
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**85.320**

SON: Ochenta y Cinco Mil, Trescientos Veinte Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Johanna R
Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9
Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC579494

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
636333d25d11072c8965397beb33316ee30374f510a9559dddc3552eb2e8fcc51006ad10b5292
3ca6adea8f66600517c

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2026-01-04 09:16:37**
Fecha Vencimiento : **03/02/2026**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **RODRIGUEZ CAÑON MARTHA ISABEL**
Identificacion: **CC 20939686**
Dirección : **CALLE 4 N° 3 - 59**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3184878901 - 3152977291 3204874469**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **10/12/2025**
F. Salida : **10/12/2025**
Historia : **T-164717**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	890264	Consulta Fisiatria	UN	10/12/25	1526	1,00	163.000	163.000		0	163.000

Total Items:1

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	163.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**163.000**

SON: Ciento Sesenta y Tres Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Johanna R
Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC579630

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :
ef58c5e08c6e70361c326f26292dc506cf6121647e41d828f0c30a29c987ea2c67db15791f8e01d12525b6daa8ecbcce

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2026-01-05 17:11:22**
Fecha Vencimiento : **04/02/2026**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **MARTINEZ AMADO ANGELI CATHERINE**
Identificacion: **CC1054283232**
Dirección : **CALLE 21 No. 1A - 82**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112844661- 3112239828 - 3124365866**

Datos Atención

Via Ingreso: **LABORATORIO CLÍNICO**
F ingreso: **27/12/2025**
F. Salida :
Historia : **T-100794**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
902210	Hemograma Iv (hemoglobina Hematocrito	27/12/2025	1630	1,00	32.580	32.580		0	32.580
906836	Inmunoglobulina E [ig E] Total Por Ria	27/12/2025	1630	1,00	83.070	83.070		0	83.070
902218	Eosinofilos Recuento (cualquier Muestra)	27/12/2025	1630	1,00	20.790	20.790		0	20.790
	Total MARTINEZ AMADO ANGELI CATHERINE								**136.440**

Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 1630

Valores Finales

Sub Total	136.440
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**136.440**

SON: Ciento Treinta y Seis Mil, Cuatrocientos Cuarenta Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Arias Suarez Nubia Alexandra

Aceptada

FIRMA Y SELLC
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9
Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC579631

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
3d6d043deec7c4339252ecaf9b6e62290c3764759b29e63d9588de0c22ca0da19b76a8ae32d03
3f57bec485c558bb3b0

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2026-01-05 17:14:25**
Fecha Vencimiento : **04/02/2026**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **JIMENEZ DEPEREZ MARIA REBECA**
Identificacion: **CC 24107705**
Dirección : **carrera 8 n -20a 32 los alisos sogamoso**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3248213840**

Datos Atención

Via Ingreso: **LABORATORIO CLÍNICO**
F ingreso: **05/12/2025**
F. Salida :
Historia : **T-84535**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
902210	Hemograma Iv (hemoglobina Hematocrito	05/12/2025	1528	1,00	32.580	32.580		0	32.580
903895	Creatinina En Suero U Otros Fluidos	05/12/2025	1528	1,00	18.810	18.810		0	18.810
903603	Calcio Automatizado	05/12/2025	1528	1,00	31.000	31.000		0	31.000
903706	Vitamina D25	05/12/2025	1528	1,00	172.440	172.440		0	172.440
904912	Paratohormona Pth	05/12/2025	1528	1,00	152.460	152.460		0	152.460

Total JIMENEZ DEPEREZ MARIA REBECA **407.290**

Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN Nº 1528

Valores Finales

Sub Total	407.290
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**407.290**

SON: Cuatrocientos Siete Mil, Doscientos Noventa Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Arias Suarez Nubia Alexandra

Aceptada

FIRMA Y SELLC
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.

Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC579633

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
4f8f5b1eb41ad474d010cbac4ca89284f55d0214ed8b355324265c751c86a13e5d8dae91b8c7d6
32e60276c16c8465b2

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2026-01-05 17:19:11**
Fecha Vencimiento : **04/02/2026**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **HERRERA RINCON EDNA FABIOLA**
Identificacion: **CC40380163**
Dirección : **CALLE 10 N° 37A - 69**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3115133216 - 3133933815**

Datos Atención

Via Ingreso: **LABORATORIO CLÍNICO**
F ingreso: **13/12/2025**
F. Salida :
Historia : **0054759**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
903866	Transaminasa Glutamico Piruvica Alat Tgp	13/12/2025	1547	1,00	34.110	34.110		0	34.110
903867	Transaminasa Glutamico Oxalacetica Asa Tgo	13/12/2025	1547	1,00	34.110	34.110		0	34.110
903706	Vitamina D25	13/12/2025	1547	1,00	172.440	172.440		0	172.440
907106	Parcial De Orina Incluido Sedimento	13/12/2025	1547	1,00	20.790	20.790		0	20.790
903026	Microalbuminuria Por Eia	13/12/2025	1546	1,00	59.490	59.490		0	59.490
903818	Colesterol Total	13/12/2025	1546	1,00	39.960	39.960		0	39.960
903815	Colesterol Hdl	13/12/2025	1545	1,00	32.940	32.940		0	32.940
903841	Glucosa (en Suero Lcr Otros Fluidos)	13/12/2025	1546	1,00	19.620	19.620		0	19.620
903868	Trigliceridos	13/12/2025	1546	1,00	21.960	21.960		0	21.960
903426	Hemoglobina Glicosilada	13/12/2025	1545	1,00	71.910	71.910		0	71.910
903895	Creatinina En Suero U Otros Luidos	13/12/2025	1545	1,00	18.810	18.810		0	18.810
904913	Hormona Paratiroidea Molecula Media	13/12/2025	1545	1,00	152.460	152.460		0	152.460

Total HERRERA RINCON EDNA FABIOLA **678.600**

Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 1545-1546-1547

Valores Finales

Sub Total	678.600
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**678.600**

SON: Seiscientos Setenta y Ocho Mil, Seiscientos Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Arias Suarez Nubia Alexandra

Aceptada

FIRMA Y SELLC
C.C. Ó NIT.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC579736

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
7cdf01827d136b31af7c9515f4b1327b1c0f36e7c15a4f98a48ee7a2b1c68eb9af8920261bd24a9
4f79af514ed902c4a

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2026-01-07 09:20:37**
Fecha Vencimiento : **06/02/2026**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **PATIÑO MARTINEZ GABRIEL ALEJANDRO**
Identificacion: **TI 1145328052**
Dirección : **CARRERA 1A ESTE N° 8 - 24**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3006287567 - 3118750263**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **15/12/2025**
F. Salida : **15/12/2025**
Historia : **T-148558**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	954107	Audiometria Tonal	UN	15/12/25	1524	1,00	47.430	47.430			47.430

Total Items:1

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	47.430
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	
Total Factura	**47.430**

SON: Cuarenta y Siete Mil, Cuatrocientos Treinta Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

JohannaR
Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764068113306

(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9				

11. Razón social
SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Sogamoso

Cód. 2 6

24. Dirección
TV 29 9 C 41

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Boyacá	Duitama

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

AUTORIZADO

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2024-04-01 / 08:14:20 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres POSADA PRADA CARLOS ALBERTO
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 79277061 1004. DV 6
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

997. Fecha formalización 2024-04-01 08:14:20

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764068113306

(415)7707212489984(8020) 001876406811330 6

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9				

11. Razón social

SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	CLINICA BOYACA TV 29 9 C 41	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FEVC	516,000	1,000,000	24	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141176279484

(415)7707212489984(8020) 000014117627948 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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
SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA BOYACA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal
TV 29 9 C 41

42. Correo electrónico cbsas.notificaciones@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 8 6 8 0 9 4 1	3 1 2 4 8 0 1 2 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
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 8 7 0 1 0 1	8 6 2 1	1 9 8 4 1 1 2 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	8	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5											

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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 15-07-2025 12:30:34PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o insitutos 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 1
72. Número	1 1 2 4	1 3 6
73. Fecha	1 9 8 4 1 1 1 6	2 0 2 4 0 4 3 0
74. Número de notaría	2	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 8 4 1 1 2 0	2 0 2 4 0 7 0 9
77. No. Matrícula mercantil	1 0 1 7 1	1 0 1 7 1
78. Departamento	1 5	1 5
79. Ciudad/Municipio	1 3	1 3
Vigencia		
80. Desde	1 9 8 4 1 1 2 0	2 0 0 7 1 2 2 7
81. Hasta	2 0 9 9 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 6 2 2		-
2				-
3				-
4				-
5				-

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

Página 3 de 7 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 8 0 4 1 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 2 7 7 0 6 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
POSADA	PRADA	CARLOS	ALBERTO

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 2 4 0 7 0 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 5 2 3 9 1 3 9 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ESTEPA	LOPEZ	GLORIA	ESPERANZA

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: 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

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	9 5 2 1 6 3 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GARCIA	ROJAS	GUILLERMO	ALONSO

119. Razón social

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

2

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AVELLA	HERNANDEZ	FREDY	ALBERTO

119. Razón social

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

3

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SANCHEZ	ARCHILA	JORGE	ELIECER

119. Razón social

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

4

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
FAJARDO	PIEDRAHITA	ADRIANA	MARCELA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 0 5 1 0	2 0 2 4 0 7 0 9

5

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GARCIA	DEL RIO	OSCAR	HERNAN

119. Razón social

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

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: 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

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

1

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

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

119. Razón social: VPH SALUD LIMITADA

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 7 0 9	

2

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

3

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

4

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

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

Página 6 de 7 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

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	9 5 1 8 8 9 1		1 3 5 6 0

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ACUÑA	SANCHEZ	HECTOR	MANUEL

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 7 0 9

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 6 3 5 7 7 2 0	5	3 1 3 4 4

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
BAYONA	MOLANO	DORA	LIGIA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 7 0 9

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

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

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 7 de 7 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141176279484

(415)7707212489984(8020) **000014117627948 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 5 6 5 0 7	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Centro de explotación de ser 0 7	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: CLINICA BOYACA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8	

165. Dirección: TV 29 9 C 41

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 0 1 7 2	1 9 8 4 1 1 2 0	
168. Teléfono: 6 0 8 7 6 0 4 7 5 6	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

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **CARLOS ALBERTO POSADA PRADA**, identificado con cédula de ciudadanía N° **79277061**, en mi calidad **REPRESENTNTE LEGAL** de la entidad **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ SAS** con NIT N° **891856507-9** bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ SAS** ha cumplido durante los seis (06) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Duitama a los 18 días del mes diciembre de 2025.

CARLOS ALBERTO POSADA PRADA
REPRESENTANTE LEGAL

Transversal 29 No. 9C-41
Duitama - Boyacá
Teléfono 7632301
E-mail: clinicaboyaca@gmail.com

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **HECTOR MANUEL ACUÑA SANCHEZ**, identificado con cédula de ciudadanía N° **9.518.891**, en mi calidad **REVISOR FISCAL** de la empresa **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ SAS** con NIT N° **891856507-9** bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la **SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ SAS** ha cumplido durante los seis (06) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Duitama a los 26 días del mes Marzo de 2026.

FIRMA: _____
HECTOR MANUEL ACUÑA SANCHEZ
CC.9.518.891 Sogamoso
TP 13560-T

Transversal 29 No. 9C-41
Duitama - Boyacá
Teléfono 7632301
E-mail: clinicaboyaca@gmail.com

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 891855507	9	SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	Transversal 29 # 9c- 41	DUITAMA-BOYACA	7604757	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2018967024	9496281714	E	2025/12/02	2025/12/18	BANCO DAVIVIENDA	16	$139,163,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				200	$81,604,300	$821,700	$0	$82,426,000
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	7	$2,163,300	$21,800	$0	$2,185,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	111	$47,410,900	$477,300	$0	$47,888,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	76	$30,499,300	$307,100	$0	$30,806,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$1,530,800	$15,500	$0	$1,546,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				212	$12,341,100	$124,200	$0	$12,465,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	212	$12,341,100	$124,200	$0	$12,465,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				203	$20,219,900	$203,500	$0	$20,423,400
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	203	$20,219,900	$203,500	$0	$20,423,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				212	$23,043,400	$232,500	$0	$23,275,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$178,000	$1,800	$0	$179,800
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	5	$489,900	$5,000	$0	$494,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	6	$413,300	$4,200	$0	$417,500
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	$152,900	$1,600	$0	$154,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$161,400	$1,700	$0	$163,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	25	$2,851,200	$28,700	$0	$2,879,900
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$67,600	$700	$0	$68,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	76	$9,174,300	$92,400	$0	$9,266,700
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	16	$1,461,500	$14,800	$0	$1,476,300
SALUD MIA EPS	EPS046	900,914,254	1	1	$259,100	$2,700	$0	$261,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	17	$1,438,600	$14,500	$0	$1,453,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	62	$6,395,600	$64,400	$0	$6,460,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$340,000	$3,500	$0	$343,500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$340,000	$3,500	$0	$343,500
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,700	$2,300	$0	$229,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$226,700	$2,300	$0	$229,000
TOTAL				212	$137,775,400	$1,387,700	$0	$139,163,100

2025/12/18 11:20 AM

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
NIT 891856507	9	SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	Transversal 29 # 9c- 41	DUITAMA-BOYACA	7604757

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2025-11	Periodo Salud	2025-12
Fecha límite de pago	2025/12/02	Fecha de pago	2025/12/18
Dias de mora	16	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$137,775,400
Intereses de mora	$1,387,700
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$139,163,100

DATOS DE LA TRANSACCION	
Clave planilla	9496281714
Clave de pago	2018967024
Banco	BANCO DAVIVIENDA

2025/12/18 11:20 AM

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



13560-T

HECTOR MANUEL
ACUÑA SANCHEZ
C.C. 9.518.891
RESOLUCION INSCRIPCION 2140-T FECHA 31-X-85
UNIVERSIDAD U.P.T.C.

Presidente

00020520

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.518.891**

ACUÑA SANCHEZ

APELLIDOS

HECTOR MANUEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAR-1955**

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

17-ENE-1976 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0730700-00211644-M-0009518891-20100129 0020458954G 2 27766210

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4A8FF992FE574996

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 **HECTOR MANUEL ACUÑA SANCHEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 9518891 de SOGAMOSO (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 13560-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

Dado en BOGOTA a los 26 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

DUITAMA, BOYACA, 27/03/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **SOCIEDAD CLINICA BOYACA SAS** con NIT **891.856.507-9** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 179769999147

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: MHamendozr ADRIANA DEL ROSARIO MENDOZA RODRIGUEZ

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-015- SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL

Fecha y Hora Sistema: 2025-07-30-4:53 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 3125 de fecha 2025-01-19. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	**97925**	**Fecha Registro:**	2025-07-30	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-015-000000 SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	31.500.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	31.500.000,00	**Saldo x Obligar:**	31.500.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	891856507	**Razón Social:**	SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	179769999147	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	7219380	**Nombre:**	RAMON ANSELMO VARGAS LOPEZ	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL BOYACA

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE						
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8134022	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-07-30	

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	A-03-04-02-021 SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONALES (NO DE PENSIONES)	Propios	27	CSF		20.479.489,00	0,00		
					Total:	20.479.489,00	0,00	20.479.489,00	20.479.489,00

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		11.020.511,00	0,00		
					Total:	11.020.511,00	0,00	11.020.511,00	11.020.511,00

Objeto:	SERVICIO MEDICO: COMUNICADO No. 15-9-2025-014778, CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y DEMÁS EXÁMENES Y/O SERVICIOS

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-08-29	2.204.103,00	2.204.103,00	NINGUNO

36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-09-30	2.204.102,00	2.204.102,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-10-31	2.204.102,00	2.204.102,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-11-28	2.204.102,00	2.204.102,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-12-31	2.204.102,00	2.204.102,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	7-3	TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF	2025-08-29	4.095.898,00	4.095.898,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	7-3	TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF	2025-09-30	4.095.898,00	4.095.898,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	7-3	TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF	2025-10-31	4.095.898,00	4.095.898,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	7-3	TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF	2025-11-28	4.095.898,00	4.095.898,00	NINGUNO
36-02-00-015-000000	SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL	7-3	TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF	2025-12-31	4.095.897,00	4.095.897,00	NINGUNO



Edwin Eddaly Sibo Ortìz

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

Uptc® Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005	ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7820159		
Contratista:	SOCIEDAD CLINICA BOYACA SAS		
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	891856507		
Objeto del Contrato	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		
Contratante:	SENA - 899999034 /NIT		
	Numero de Contrato: 8134022	Vigencia: 2025	
	Base Gravable $1470650	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 15,000.00
	Fecha de Pago: 06/01/2026		

COMPROBANTE

Transacción Realizada en

UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

NIT 8918003301

APROBADA

$ 15,000.00

Total Pagado

Escane y Verifica este pago

Resumen del Pago

Usuario Pagador:	891856507
Correo Usuario Pagador :	clinicaboyaca@gmail.com
Descripción del Pago:	100000194 - Estampilla Pro-UPTC
Dirección IP:	186.148.190.10
Fecha y Hora	06/01/2026 08:44:43-a.m.

Resumen Medios de Pago

Nro. Transacción ecollect	No. Autorización/CUS	Medio de Pago	Valor Pagado
153518410	2062576613 APROBADA	BANCO POPULAR	$ 15,000.00

ecollect
Seguro para tí

NIT	Razón Social	Nro. Transacción ecollect	Fecha y Hora
8918003301	UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA	153518410	06/01/2026 08:44:43-a.m.

Resumen Servicio

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-UPTC	1	$ 15,000.00	COP $ 15,000.00

Referencias

Tipo de Documento	Numero Identificación Contratista
NIT	891856507
Nombre Contratista	Numero Identificación Contratante
SOCIEDAD CLINICA BOYACA SAS	
Nombre Contratante	Numero de Contrato
SENA - 899999034	8134022
Vigencia	Base Gravable
2025	1470650

ecollect
Seguro para tí