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:	2026-05-11-4:45 p. 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

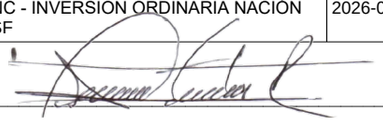
CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8356571	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-09-24

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:	2026-05-11-4:45 p. 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:**	Con Obligacion			**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:**	79.228.608,00

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	79.228.608,00

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	24.071.839,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-12-18	21.013.201,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-12-18	0,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-12-18	0,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-017-000000	SENA REGIONAL CALDAS-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-05-06	133.575.966,00	79.228.608,00	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 2026.

2. De acuerdo con la información suministrada y las planillas de pago número 36878229- 36878337**,** con corte a marzo de 2026 para pensión y abril de 2026 para salud, no estoy enterada 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 siete (07) días del mes de mayo de 2026, a solicitud de la administración de la compañía.

.

LINA MARÍA CORREA MEJÍA
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 98442-T
CC52.208.867. de Bogotá
Designada por **CROWE CO S.A.S.**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4825EE9FA29CD295

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 **LINA MARIA CORREA MEJIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52208867 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 98442-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Mayo 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



Para uso excusivo de Crowe Horwath

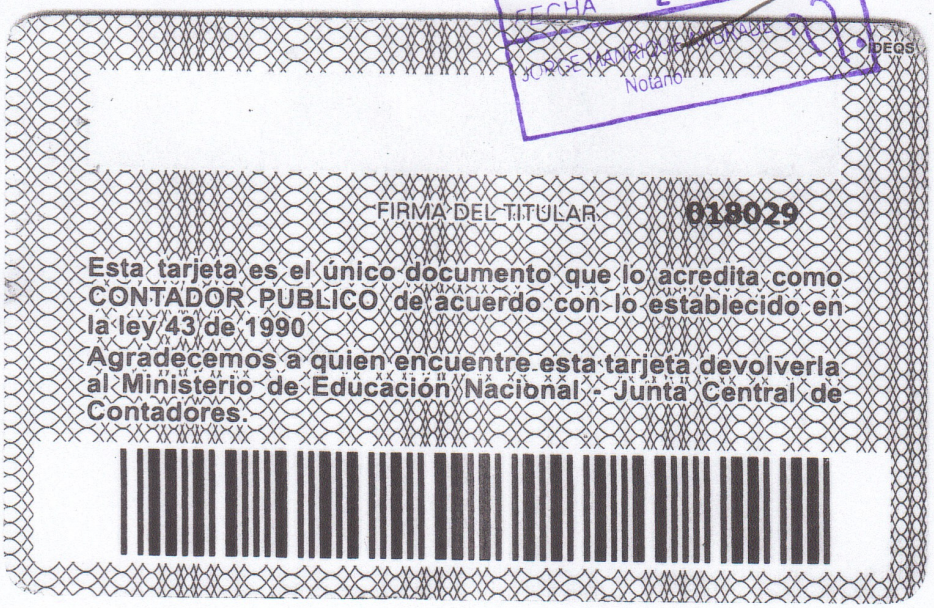



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
98442 -T
LINA MARIA
CORREA MEJIA
C.C. 52208867
RESOLUCION INSCRIPCION 02 FECHA 2004/02/20
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
PRESIDENTE
MIGUEL TIQUE PEÑA
108078

NOTARÍA SEGUNDA
MANIZALES CALDAS
Doy fe que esta fotocopia ampliada coincide con el original que tuve a la vista.
FECHA 23 ENE. 2014
JORGE MANRIQUE ANDRADE
Notario

NOTARIA SEGUNDA
JORGE MANRIQUE ANDRADE
NOTARIO
MANIZALES CALDAS

Esta copia es para uso exclusivo de Crowe Horwath


IDEQS
FIRMA DEL TITULAR 018029
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.

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 61. Fecha 2025-07-11 / 02:44:57PM

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

Página 5 de 8 **Hoja 4**

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: 15/04/2026
HORA FAC: 07:42:21
VENC: 15/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280251

NUMERO ID.:CC 1002633966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA CAMILA CARDONA JARAMILLO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3217440094 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 15 7 C 06	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 24 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1002633966 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 25/02/2026 18:40:00 FECHA EGRESO 25/02/2026 18:42:03 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:496 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-15T07:46:14-0500

e6b1b380adcbb0fb75993b3eed568508b5265e9eadf8be2611a3fcfd175ccab4843c549739e4ba21ba7a7972f1f57ace

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

PROCEDIMIENTOS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1	21101	001	RADIOGRAFIA DE PIE	25/02/2026 18:40:00	66.150,00	1	66.150,00
	TOTAL		**RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL**			**1**	**66.150,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 66.150,00

TOTAL FACTURA: 66.150,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	66.150,00
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:

SESENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA 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 FE280251

NUMERO ID.:CC 1002633966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA CAMILA CARDONA JARAMILLO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3217440094 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 15 7 C 06	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 24 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 1002633966 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 25/02/2026 18:40:00 FECHA EGRESO 25/02/2026 18:42:03 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:496 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-15T07:46:14-0500

e6b1b380adcbb0fb75993b3eed568508b5265e9eadf8be2611a3fcfd175ccab4843c549739e4ba21ba7a7972f1f57ace

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

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación MARIA 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: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 17/04/2026
HORA FAC: 10:55:36
VENC: 17/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280715

NUMERO ID.:CC 1054988157 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: LEIDY JOHANNA PEREZ OSORIO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 9 D 4 A 02 CHINCHINA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 38 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054988157 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 17/04/2026 07:54:13 FECHA EGRESO 17/04/2026 10:55:10 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:778 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-17T11:01:41-0500

84a51a9e7cc7cebf8afa9495c98849da17016be8cfaece6b4483b93ae2c8b0cdb1e912f6907b42e48cf916cbcc90fc07

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	903043	001	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	17/04/2026 10:45:29	300.000,00	1	300.000,00
			TOTAL PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY			**1**	**300.000,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 300.000,00

TOTAL FACTURA: 300.000,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	300.000,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:

CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:

TRESCIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Observación

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

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280715

NUMERO ID.:CC 1054988157 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: LEIDY JOHANNA PEREZ OSORIO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 9 D 4 A 02 CHINCHINA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 38 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054988157 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 17/04/2026 07:54:13 FECHA EGRESO 17/04/2026 10:55:10 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:778 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-17T11:01:41-0500

84a51a9e7cc7cebf8afa9495c98849da17016be8cfaece6b4483b93ae2c8b0cdb1e912f6907b42e48cf916cbcc90fc07

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

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación SANDRA MILENA VASQUEZ USMA

Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente

C.C. No.

Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA

Representante Legal

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

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

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 20/04/2026
HORA FAC: 08:48:36
VENC: 20/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280881

NUMERO ID.:CC 24323693 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: TERESA DE JESUS GONZALES DE GAITAN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3216107765 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: AV ALBERTO MENDOZA-CASA 29	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24323693 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 02/04/2026 19:35:16 FECHA EGRESO 05/04/2026 17:59:06 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:825 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-20T09:31:02-0500

b5c079d6081f10acbc1c13209a1221767f26452de21fc0b7e00e4408031c5821354e20293cc2e7af1dd7e517cab5f35a

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	02/04/2026 20:11:47	81.510,00	1	81.510,00
			TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
2	31112	001	ECOGRAFIA GLANDULAS SALIVARES	02/04/2026 23:00:00	156.870,00	1	156.870,00
			TOTAL ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			**1**	**156.870,00**
					SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**2**	**238.380,00**
					TOTAL FACTURA:		**238.380,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 2

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	238.380,00
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 TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA 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 FE280881

NUMERO ID.:CC 24323693 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: TERESA DE JESUS GONZALES DE GAITAN	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3216107765 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: AV ALBERTO MENDOZA-CASA 29	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24323693 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 02/04/2026 19:35:16 FECHA EGRESO 05/04/2026 17:59:06 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:825 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-20T09:31:02-0500

b5c079d6081f10acbc1c13209a1221767f26452de21fc0b7e00e4408031c5821354e20293cc2e7af1dd7e517cab5f35a

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 LAURA NICOL PALACIO LOPEZ

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: 20/04/2026
HORA FAC: 09:59:39
VENC: 20/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280906

NUMERO ID.:CC 1054988157 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: LEIDY JOHANNA PEREZ OSORIO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 9 D 4 A 02 CHINCHINA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 38 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054988157 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 01/04/2026 09:07:53 FECHA EGRESO 01/04/2026 09:07:53 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:779 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-20T10:16:24-0500

6836be31bbf7ccda5199523948443f07da7f7799d9610704e293f9c7ef3c10dc15a3bb38e30097e81e26af6bebb410af

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	19237	001	COLESTEROL HDL	01/04/2026 09:25:55	34.770,00	1	34.770,00
			TOTAL COLESTEROL HDL			**1**	**34.770,00**
2	19242	001	COLESTEROL TOTAL	01/04/2026 09:25:55	42.180,00	1	42.180,00
			TOTAL COLESTEROL TOTAL			**1**	**42.180,00**
3	19290	001	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	01/04/2026 09:25:55	19.855,00	1	19.855,00
			TOTAL CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS			**1**	**19.855,00**
4	19977	001	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	01/04/2026 09:25:55	7.885,00	1	7.885,00
			TOTAL VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG			**1**	**7.885,00**
5	19394	001	FACTOR RA PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	01/04/2026 09:25:55	36.005,00	1	36.005,00
			TOTAL FACTOR RA PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION			**1**	**36.005,00**
6	19490	001	GLUCOSA (EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS)	01/04/2026 09:25:55	20.710,00	1	20.710,00
			TOTAL GLUCOSA (EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS)			**1**	**20.710,00**
7	19304	001	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	01/04/2026 09:08:38	34.390,00	1	34.390,00
			TOTAL CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA			**1**	**34.390,00**
8	19911	001	TIROIDEA ESTIMULANTE TSH	01/04/2026 09:25:55	108.965,00	1	108.965,00
			TOTAL TIROIDEA ESTIMULANTE TSH			**1**	**108.965,00**

* 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 FE280906

NUMERO ID.:CC 1054988157 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: LEIDY JOHANNA PEREZ OSORIO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 9 D 4 A 02 CHINCHINA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 38 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054988157 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 01/04/2026 09:07:53 FECHA EGRESO 01/04/2026 09:07:53 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:779 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-20T10:16:24-0500

6836be31bbf7ccda5199523948443f07da7f7799d9610704e293f9c7ef3c10dc15a3bb38e30097e81e26af6bebb410af

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

9	19097	001	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	01/04/2026 09:25:55	98.705,00	1	98.705,00
			TOTAL ANTICUERPOS ANTINUCLEARES			**1**	**98.705,00**
10	19809	001	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA SEMICUANTITATIVA	01/04/2026 09:25:55	20.710,00	1	20.710,00
			TOTAL PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA SEMICUANTITATIVA			**1**	**20.710,00**
11	19940	001	TRIGLICERIDOS	01/04/2026 09:25:55	23.180,00	1	23.180,00
			TOTAL TRIGLICERIDOS			**1**	**23.180,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 11 447.355,00

TOTAL FACTURA: 447.355,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 11

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	447.355,00
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:

CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA 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 FE280906

NUMERO ID.:CC 1054988157 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: LEIDY JOHANNA PEREZ OSORIO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 9 D 4 A 02 CHINCHINA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 38 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 1054988157 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 01/04/2026 09:07:53 FECHA EGRESO 01/04/2026 09:07:53 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:779 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-20T10:16:24-0500

6836be31bbf7ccda5199523948443f07da7f7799d9610704e293f9c7ef3c10dc15a3bb38e30097e81e26af6bebb410af

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

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación MARIA 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: 20/04/2026
HORA FAC: 10:21:02
VENC: 20/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280914

NUMERO ID.:TI 1056137554 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: EMMANUEL VALENCIA MEJIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3008951295 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 105 28 36 CASA 72	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 9 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1056137554 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 24/03/2026 08:13:45 FECHA EGRESO 24/03/2026 08:46:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:782 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-20T11:01:12-0500

91d506b5188e9914bdfab22d516549f4c82457427d868217fd88f929387d73464c0de2a01eaa1232e543d95b86ef16c2

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	24/03/2026 08:47:00	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 FE280914

NUMERO ID.:TI 1056137554 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: EMMANUEL VALENCIA MEJIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3008951295 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 105 28 36 CASA 72	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 9 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1056137554 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 24/03/2026 08:13:45 FECHA EGRESO 24/03/2026 08:46:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN: 782 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-20T11:01:12-0500

91d506b5188e9914bdfab22d516549f4c82457427d868217fd88f929387d73464c0de2a01eaa1232e543d95b86ef16c2

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: 20/04/2026
HORA FAC: 10:24:51
VENC: 20/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280917

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: 30/03/2026 15:16:48 FECHA EGRESO 30/03/2026 18:38:19 URGENCIAS
AUTORIZACIÓN:817 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-20T11:01:26-0500
b9470509dc276b0773c0e67190d8e13c439952d13624f41e79272c8efa12c40acbdd160dcad5fb7f34ce66813a810130

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	30/03/2026 16:12:32	81.510,00	1	81.510,00
			TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
2	21102	001	RADIOGRAFIA DE PIERNA	30/03/2026 18:13:16	85.770,00	1	85.770,00
			TOTAL RADIOGRAFIA DE PIERNA			**1**	**85.770,00**
3	31112	001	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON	30/03/2026 20:53:10	156.870,00	1	156.870,00
			TOTAL ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			**1**	**156.870,00**
			SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :			**3**	**324.150,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION		FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**							
4	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**
5	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				**1,00**	**4.897,00**
			TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS				**3,00**	**7.211,00**
02	**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**							
6	02120940005		CATETER INTRAVENOSO # 22	1,00	5.456,00	5.456,00	0,00	0,00
			TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22				**1,00**	**5.456,00**
7	02180820007		CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)	1,00	6.912,00	6.912,00	0,00	0,00

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

RESOLUCION NO. 18764098993638 DEL 22/09/25 HASTA 22/09/26. DESDE EL NO. FE 249395 HASTA EL NO. FE 1000000
Programa Licenciado a: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C 800219192
DIGITAL WARE S.A.S. - NIT 830.042.244-1 - HOSVITAL-HIS

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280917

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. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 30/03/2026 15:16:48 FECHA EGRESO 30/03/2026 18:38:19 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:817 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-20T11:01:26-0500
b9470509dc276b0773c0e67190d8e13c439952d13624f41e79272c8efa12c40acbdd160dcad5fb7f34ce66813a810130

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 CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)				**1,00**		**6.912,00**
8	02450010004	DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	6.088,00	6.088,00		0,00	0,00
9	02336800001	HUMIDIFICADOR TAPA NEGRA	1,00	15.389,00	15.389,00		0,00	0,00
		TOTAL DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683				**2,00**		**21.477,00**
10	02354770009	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**
11	02232840014	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				**6,00**		**37.450,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : **9** **44.661,00**

TOTAL FACTURA: **368.811,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 11

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	368.811,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS ONCE 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 FE280917

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. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 30/03/2026 15:16:48 FECHA EGRESO 30/03/2026 18:38:19 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:817 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-20T11:01:26-0500

b9470509dc276b0773c0e67190d8e13c439952d13624f41e79272c8efa12c40acbdd160dcad5fb7f34ce66813a810130

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: 20/04/2026
HORA FAC: 11:31:01
VENC: 20/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280944

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 21/03/2026 10:35:21 FECHA EGRESO 21/03/2026 10:35:21 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:636 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-20T12:02:24-0500
d6115497f86dae990e3564fcbd38a370800284ff5f2830aa0b0dc1ae881be4b61d779443b37558951bdd90ee4ede946f

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	38925	001	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	21/03/2026 23:59:00	116.945,00	1	116.945,00
			TOTAL SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA SOD			**1**	**116.945,00**
					SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**1**	**116.945,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION			FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**								
2	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					**1,00**	**5.014,00**
02	**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**								
3	02120940004		CATETER INTRAVENOSO # 20	1,00	5.456,00	5.456,00		0,00	0,00
			TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 20					**1,00**	**5.456,00**
4	02180820007		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**
5	02450010004		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**
6	02354770009		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**

* 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 FE280944

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 21/03/2026 10:35:21 FECHA EGRESO 21/03/2026 10:35:21 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:636 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-20T12:02:24-0500

d6115497f86dae990e3564fcbd38a370800284ff5f2830aa0b0dc1ae881be4b61d779443b37558951bdd90ee4ede946f

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		

7	02232840014	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 **5,00** **22.061,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : **6** **27.075,00**

TOTAL FACTURA: **144.020,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 7

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	144.020,00
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 CUARENTA Y CUATRO MIL VEINTE 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 FE280944

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 21/03/2026 10:35:21 FECHA EGRESO 21/03/2026 10:35:21 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:636 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-20T12:02:24-0500

d6115497f86dae990e3564fcbd38a370800284ff5f2830aa0b0dc1ae881be4b61d779443b37558951bdd90ee4ede946f

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: 20/04/2026
HORA FAC: 14:32:11
VENC: 20/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE280993

NUMERO ID.:CC 30300166 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GARCIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3135946412 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CARRERA 7 # 57D 65 BARRIO VILLA CAFE	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 59 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 30300166 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 12/04/2026 20:14:01 FECHA EGRESO 12/04/2026 21:14:40 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:954 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-20T15:01:36-0500

318758cc648d3b654dcd786d97369cd6f72be4f0cf1baa5a4e1a271a9ef17cc70d6e0aad66316bd4893e3cf349c455b5

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	12/04/2026 20:34:47	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 FE280993

NUMERO ID.:CC 30300166 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GARCIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3135946412 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CARRERA 7 # 57D 65 BARRIO VILLA CAFE	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 59 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 30300166 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 12/04/2026 20:14:01 FECHA EGRESO 12/04/2026 21:14:40 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:954 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-20T15:01:36-0500

318758cc648d3b654dcd786d97369cd6f72be4f0cf1baa5a4e1a271a9ef17cc70d6e0aad66316bd4893e3cf349c455b5

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 LAURA NICOL PALACIO LOPEZ

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: 21/04/2026
HORA FAC: 09:56:47
VENC: 21/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE281119

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 27/03/2026 12:41:58 FECHA EGRESO 30/03/2026 00:48:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:814 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-21T10:31:35-0500

e78b541d373de356198ba2df97fc3d377f997a5a2c46d7e71b83e4f9da61277c7e9e9bb99977c2e51efda3d8888ac41d

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	19446	001	FOLATOS	30/03/2026 00:47:52	112.290,00	1	112.290,00
			TOTAL FOLATOS			**1**	**112.290,00**
2	19170	001	BILIRRUBINA TOTAL	30/03/2026 00:48:19	18.620,00	1	18.620,00
			TOTAL BILIRRUBINA TOTAL			**1**	**18.620,00**
3	39145	001	CONSULTA DE URGENCIAS	27/03/2026 13:43:17	81.510,00	1	81.510,00
			TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
4	19290	001	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	30/03/2026 00:48:35	19.855,00	1	19.855,00
			TOTAL CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS			**1**	**19.855,00**
5	19977	001	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	30/03/2026 00:48:32	7.885,00	1	7.885,00
			TOTAL VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG			**1**	**7.885,00**
6	19304	001	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	30/03/2026 00:48:28	34.390,00	1	34.390,00
			TOTAL CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA			**1**	**34.390,00**
7	19698	001	MAGNESIO COLORIMETRICO	30/03/2026 00:47:55	31.825,00	1	31.825,00
			TOTAL MAGNESIO COLORIMETRICO			**1**	**31.825,00**
8	19749	001	NITROGENO UREICO	30/03/2026 00:48:25	16.530,00	1	16.530,00
			TOTAL NITROGENO UREICO			**1**	**16.530,00**
9	19792	001	POTASIO	30/03/2026 00:47:58	49.020,00	1	49.020,00
			TOTAL POTASIO			**1**	**49.020,00**
10	19806	001	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA	30/03/2026 00:48:22	69.825,00	1	69.825,00

* 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 FE281119

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 27/03/2026 12:41:58 FECHA EGRESO 30/03/2026 00:48:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:814 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-21T10:31:35-0500

e78b541d373de356198ba2df97fc3d377f997a5a2c46d7e71b83e4f9da61277c7e9e9bb99977c2e51efda3d8888ac41d

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		

			CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION					
			TOTAL PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION				**1**	**69.825,00**
11	38925	001	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	30/03/2026 00:48:52	116.945,00	1	116.945,00	
			TOTAL SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA SOD				**1**	**116.945,00**
12	19891	001	SODIO	30/03/2026 00:48:01	40.565,00	1	40.565,00	
			TOTAL SODIO				**1**	**40.565,00**
13	21715	001	TAC DE ABDOMEN TOTAL	28/03/2026 07:09:35	898.560,00	1	898.560,00	
			TOTAL TAC DE ABDOMEN TOTAL				**1**	**898.560,00**
14	19933	001	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	30/03/2026 00:48:13	36.005,00	1	36.005,00	
			TOTAL TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA				**1**	**36.005,00**
15	19934	001	TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT	30/03/2026 00:48:16	36.005,00	1	36.005,00	
			TOTAL TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT				**1**	**36.005,00**
16	19981	001	VITAMINA B 12	30/03/2026 00:47:48	182.020,00	1	182.020,00	
			TOTAL VITAMINA B 12				**1**	**182.020,00**
							SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**16** **1.751.850,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**						
17	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**
18	225064-7		HIOSCINA N-BUTIL BROMURO AMP 20 MG / ML	1,00	4.488,00	4.488,00	0,00	0,00

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE281119

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 27/03/2026 12:41:58 FECHA EGRESO 30/03/2026 00:48:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:814 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-21T10:31:35-0500

e78b541d373de356198ba2df97fc3d377f997a5a2c46d7e71b83e4f9da61277c7e9e9bb99977c2e51efda3d8888ac41d

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 HIOSCINA N-BUTIL BROMURO AMP 20 MG / ML				**1,00**		**4.488,00**
19	32606-2	LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA	3,00	5.621,00	16.863,00		0,00	0,00
		TOTAL LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA				**3,00**		**16.863,00**
20	19922566-9	OMEPRAZOL 40 MG INYECTABLE	1,00	5.720,00	5.720,00		0,00	0,00
		TOTAL OMEPRAZOL 40 MG INYECTABLE				**1,00**		**5.720,00**
21	20125314-1	ONDANSETRON 8MG SOLUCION INYECTABLE	1,00	6.122,00	6.122,00		0,00	0,00
		TOTAL ONDANSETRON 8MG SOLUCION INYECTABLE				**1,00**		**6.122,00**
22	19932754-5	SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	4,00	4.897,00	19.588,00		0,00	0,00
		TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML				**4,00**		**19.588,00**
23	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**
24	224249-8	XENETIX 300MG 1 / ML 100ML (IOBITRIDOL)	1,00	189.638,00	189.638,00		0,00	0,00
		TOTAL XENETIX 300MG 1 / ML 100ML (IOBITRIDOL)				**1,00**		**189.638,00**
		TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS				**13,00**		**248.590,00**
02		**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**						
25	02120940004	CATETER INTRAVENOSO # 20	1,00	5.456,00	5.456,00		0,00	0,00
		TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 20				**1,00**		**5.456,00**
26	02180120001	CONECTOR DE BAJA PRESION	1,00	14.691,00	14.691,00		0,00	0,00
		TOTAL CONECTOR DE BAJA PRESION				**1,00**		**14.691,00**
27	02180120002	CONECTOR EN Y CON DOBLE VALVULA	1,00	29.941,00	29.941,00		0,00	0,00
		TOTAL CONECTOR EN Y CON DOBLE VALVULA				**1,00**		**29.941,00**
28	02180820007	CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF	1,00	6.912,00	6.912,00		0,00	0,00

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE281119

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 27/03/2026 12:41:58 FECHA EGRESO 30/03/2026 00:48:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:814 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-21T10:31:35-0500
e78b541d373de356198ba2df97fc3d377f997a5a2c46d7e71b83e4f9da61277c7e9e9bb99977c2e51efda3d8888ac41d

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		

		409100H (SAFEFLOW)						
		TOTAL CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)				**1,00**		**6.912,00**
29	02450010004	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**
30	02230020002	EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000	1,00	43.142,00	43.142,00		0,00	0,00
31	02230020002	EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000	1,00	43.142,00	43.142,00		0,00	0,00
		TOTAL EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000				**2,00**		**86.284,00**
32	02354770009	JERINGA 5ML 3P LUER LOCK	4,00	521,00	2.084,00		0,00	0,00
		TOTAL JERINGA 5ML 3P LUER LOCK				**4,00**		**2.084,00**
33	02395530001	LLAVE DE PASO DE TRES VIAS (DISCOFIX 4095111)	2,00	4.532,00	9.064,00		0,00	0,00
		TOTAL LLAVE DE PASO DE TRES VIAS (DISCOFIX 4095111)				**2,00**		**9.064,00**
34	02232840014	MACROGOTEO SIN AGUJA	1,00	3.084,00	3.084,00		0,00	0,00
35	02232840014	MACROGOTEO SIN AGUJA	2,00	3.084,00	6.168,00		0,00	0,00
		TOTAL MACROGOTEO SIN AGUJA				**3,00**		**9.252,00**
		TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				**16,00**		**169.772,00**
		SUBTOTAL SUMINISTROS :					**29**	**418.362,00**

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE281119

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 27/03/2026 12:41:58 FECHA EGRESO 30/03/2026 00:48:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:814 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-21T10:31:35-0500

e78b541d373de356198ba2df97fc3d377f997a5a2c46d7e71b83e4f9da61277c7e9e9bb99977c2e51efda3d8888ac41d

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

TOTAL FACTURA: **2.170.212,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 35

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	2.170.212,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
ABONOS Y/O COPAGOS	0,00
	0,00
SALDO A PAGAR POR EL USUARIO	0,00

Valor a pagar por el usuario:
CERO PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

Valor a pagar por la empresa:
DOS MILLONES CIENTO SETENTA MIL DOSCIENTOS DOCE 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 FE281119

NUMERO ID.:CC 24322966 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: ODEILDE CASTRO MARTINEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3146607734 CARNET: 1	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CRA 27 36 41	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 72 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24322966 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 27/03/2026 12:41:58 FECHA EGRESO 30/03/2026 00:48:52 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:814 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 3

2026-04-21T10:31:35-0500

e78b541d373de356198ba2df97fc3d377f997a5a2c46d7e71b83e4f9da61277c7e9e9bb99977c2e51efda3d8888ac41d

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: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 21/04/2026
HORA FAC: 10:12:12
VENC: 21/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE281129

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 11/03/2026 09:36:29 FECHA EGRESO 11/03/2026 09:36:29 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:635 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-21T10:32:09-0500
f4b654251b99a56883eee5dee5414966ee85a1e0972d4149ae7241901ff0a909ef9117effcd75b38add318ada26ce3c3

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	38925	001	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	11/03/2026 23:00:00	116.945,00	1	116.945,00
			TOTAL SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA SOD			**1**	**116.945,00**
			SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :			**1**	**116.945,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION				CNT.	TOTAL
	01		**MEDICAMENTOS**					
2	19932754-5		SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	1,00	4.664,00	4.664,00	0,00	0,00
			TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML				**1,00**	**4.664,00**
			TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS				**1,00**	**4.664,00**
	02		**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**					
3	02120940004		CATETER INTRAVENOSO # 20	1,00	4.982,00	4.982,00	0,00	0,00
			TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 20				**1,00**	**4.982,00**
4	02180820007		CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)	1,00	6.284,00	6.284,00	0,00	0,00
			TOTAL CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)				**1,00**	**6.284,00**
5	02450010004		DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	5.798,00	5.798,00	0,00	0,00
			TOTAL DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683				**1,00**	**5.798,00**
6	02230020002		EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000	1,00	39.220,00	39.220,00	0,00	0,00
			TOTAL EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000				**1,00**	**39.220,00**

* 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 FE281129

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 11/03/2026 09:36:29 FECHA EGRESO 11/03/2026 09:36:29 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:635 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-21T10:32:09-0500

f4b654251b99a56883eee5dee5414966ee85a1e0972d4149ae7241901ff0a909ef9117effcd75b38add318ada26ce3c3

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		

7	02354770007	JERINGA 10 ML 3P LUER LOCK	1,00	518,00	518,00	0,00	0,00

TOTAL JERINGA 10 ML 3P LUER LOCK **1,00** **518,00**

TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO **5,00** **56.802,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : **6** **61.466,00**

TOTAL FACTURA: **178.411,00**

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 7

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	178.411,00
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 SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS ONCE 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 FE281129

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 11/03/2026 09:36:29 FECHA EGRESO 11/03/2026 09:36:29 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:635 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-21T10:32:09-0500

f4b654251b99a56883eee5dee5414966ee85a1e0972d4149ae7241901ff0a909ef9117effcd75b38add318ada26ce3c3

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: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 21/04/2026
HORA FAC: 11:38:50
VENC: 21/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE281165

NUMERO ID.:CC 51768542 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA PATRICIA SALAZAR SALAZAR	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3206556657 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 85 25 110 APTO 11 03	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 62 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 51768542 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 20/04/2026 12:22:51 FECHA EGRESO 21/04/2026 11:38:19 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:955 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-21T12:02:08-0500

23ed79ef087651f8411a906957bccfac8d14d2ba716c4d23e239f4e1626d3ddb00058f6a74f852c776c72d23fe6d5b15

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
	18504	**001**	**COLONOSCOPIA TOTAL**		**1.545.935,00**	**1**	**1.545.935,00**
	INDV	20/04/26	K10 GRUPO 10 CIRCULAR 025 2025				
1	39008		ESPECIALISTA QX		649.990,00	100,00 %	
2	39212		DERECHOS DE SALA (INCRUENTO)		522.785,00	100,00 %	
3	39108		ANESTESIÓLOGO		373.160,00	100,00 %	
					SUBTOTAL CIRUGIAS :	**1**	**1.545.935,00**
4	39305	001	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIO AGENTES Y GASES ANESTESICOS EN SALA DE	21/04/2026 11:37:31	90.725,00	1	90.725,00
			TOTAL MATERIALES DE SUTURA Y CURACION AGENTES Y GASES ANESTESICOS EN SALA DE PROCEDIMIENTOS BASICA			**1**	**90.725,00**
					SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**2**	**1.636.660,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
	02	**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**					
5	02120940005		CATETER INTRAVENOSO # 22	1,00	4.982,00	4.982,00	0,00 0,00
			TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22			**1,00**	**4.982,00**
			TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO			**1,00**	**4.982,00**
					SUBTOTAL SUMINISTROS :	**1**	**4.982,00**

* 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 FE281165

NUMERO ID.:CC 51768542 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA PATRICIA SALAZAR SALAZAR	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3206556657 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 85 25 110 APTO 11 03	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 62 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 51768542 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 20/04/2026 12:22:51 FECHA EGRESO 21/04/2026 11:38:19 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:955 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-21T12:02:08-0500

23ed79ef087651f8411a906957bccfac8d14d2ba716c4d23e239f4e1626d3ddb00058f6a74f852c776c72d23fe6d5b15

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: 1.641.642,00

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 5

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	1.641.642,00
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 SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS 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 FE281165

NUMERO ID.:CC 51768542 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GLORIA PATRICIA SALAZAR SALAZAR	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3206556657 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 85 25 110 APTO 11 03	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 62 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 51768542 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 20/04/2026 12:22:51 FECHA EGRESO 21/04/2026 11:38:19 TRATAMIENTO ESPECIAL

AUTORIZACIÓN:955 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-21T12:02:08-0500

23ed79ef087651f8411a906957bccfac8d14d2ba716c4d23e239f4e1626d3ddb00058f6a74f852c776c72d23fe6d5b15

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

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Responsable Facturación SANDRA MILENA VASQUEZ USMA

Sede: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Responsable paciente

C.C. No.

Fecha Rec. _____

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA

Representante Legal

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

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

Siéntase como en casa

NIT: 800219192-1 COD: 170010025201 TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES 8879830

FECHA: 22/04/2026
HORA FAC: 09:56:46
VENC: 22/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE281320

NUMERO ID.:TI 1056136157 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: JULIETA PEREZ TELLEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3114907144 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 62 A 11 62	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 9 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1056136157 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 20/03/2026 19:13:15 FECHA EGRESO 21/03/2026 06:23:59 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:781 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-22T10:31:04-0500

d21e33b3796677be6aff65f157b8471a5cce7da5490626eb395c8d34fe0f269d14572b702f83b927640598df69f91ca9

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	20/03/2026 20:26:42	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 FE281320

NUMERO ID.:TI 1056136157 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: JULIETA PEREZ TELLEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3114907144 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 62 A 11 62	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 9 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1056136157 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 20/03/2026 19:13:15 FECHA EGRESO 21/03/2026 06:23:59 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:781 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-22T10:31:04-0500

d21e33b3796677be6aff65f157b8471a5cce7da5490626eb395c8d34fe0f269d14572b702f83b927640598df69f91ca9

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: 27/04/2026
HORA FAC: 13:01:48
VENC: 27/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282042

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: 20/04/2026 14:55:30 FECHA EGRESO 21/04/2026 07:05:11 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:979 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-27T13:31:49-0500

7bf1179f523c32836d353f9cef07421f4fb32ca302eedda7f1465c5e01839212c6ddeb878a9f0b580ca437690fb2b202

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	20/04/2026 15:53:55	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 FE282042

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. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 20/04/2026 14:55:30 FECHA EGRESO 21/04/2026 07:05:11 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:979 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-27T13:31:49-0500

7bf1179f523c32836d353f9cef07421f4fb32ca302eedda7f1465c5e01839212c6ddeb878a9f0b580ca437690fb2b202

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: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 27/04/2026
HORA FAC: 13:38:32
VENC: 27/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282061

NUMERO ID.:CC 1054988157 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: LEIDY JOHANNA PEREZ OSORIO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 9 D 4 A 02 CHINCHINA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 38 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054988157 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 24/11/2025 13:27:22 FECHA EGRESO 24/11/2025 13:27:22 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2436. NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-27T14:17:04-0500

0808415497281150b1a6760232035509f4e3cdae549089240c9cf7643e10b9446e1f85c922c4356544e9c3c8a61ff8ec

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	24/11/2025 21:00:00	31.825,00	1	31.825,00
			TOTAL TERAPIA FISICA INTEGRAL			**1**	**31.825,00**
					SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**1**	**31.825,00**
					TOTAL FACTURA:		**31.825,00**

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

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	31.825,00
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:
TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOSVEINTICINCO 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 FE282061

NUMERO ID.:CC 1054988157 CHINCHINA	NIT. 899999034-1
NOMBRE: LEIDY JOHANNA PEREZ OSORIO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3116224648 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 9 D 4 A 02 CHINCHINA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: CHINCHINA EDAD: 38 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054988157 P.P. 409 P.S. 019 HABITACION

FECHA INGRESO: 24/11/2025 13:27:22 FECHA EGRESO 24/11/2025 13:27:22 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:2436. NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-27T14:17:04-0500

0808415497281150b1a6760232035509f4e3cdae549089240c9cf7643e10b9446e1f85c922c4356544e9c3c8a61ff8ec

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: 27/04/2026
HORA FAC: 14:26:21
VENC: 27/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282082

NUMERO ID.:CC 24784233 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: JUDITH VELASQUEZ DE GIRALDO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3103840177 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 3 12 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 87 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24784233 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 08/04/2026 13:40:00 FECHA EGRESO 08/04/2026 14:41:11 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:849 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-27T15:02:16-0500

b79f1014e1f0123b6f61c31b1eb4eb3412168981837ee349ddba2b64f586c70d5391a04f3325508570698c285e875c2d

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	T0001	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTE	08/04/2026 13:40:00	155.543,00	1	155.543,00
				TOTAL CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA			**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 FE282082

NUMERO ID.:CC 24784233 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: JUDITH VELASQUEZ DE GIRALDO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3103840177 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 3 12 40	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 87 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24784233 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 08/04/2026 13:40:00 FECHA EGRESO 08/04/2026 14:41:11 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:849 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-27T15:02:16-0500

b79f1014e1f0123b6f61c31b1eb4eb3412168981837ee349ddba2b64f586c70d5391a04f3325508570698c285e875c2d

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: 28/04/2026
HORA FAC: 18:07:11
VENC: 28/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282598

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

No. HISTORIA: 1054889237 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 25/04/2026 15:19:22 FECHA EGRESO 26/04/2026 21:03:31 URGENCIAS
AUTORIZACIÓN:1024 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-28T18:49:13-0500
bb89e5002d3cd9539c0dd6354b2f4400366ea84594f97f381b76fd2d8aabe0bfd2882421b711d5dfec5b8ddbc66e334f

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	25/04/2026 15:58:27	81.510,00	1	81.510,00
				TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
2	39140	001	T0125	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	25/04/2026 18:40:44	79.230,00	1	79.230,00
				TOTAL INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			**1**	**79.230,00**
3	21140	001		RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICA	27/04/2026 08:14:10	108.630,00	1	108.630,00
				TOTAL RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL			**1**	**108.630,00**
4	21101	001		RADIOGRAFIA DE DEDOS O MANO	27/04/2026 08:13:01	66.150,00	1	66.150,00
				TOTAL RADIOGRAFIA DE DEDOS O MANO			**1**	**66.150,00**
5	21102	001		RADIOGRAFIA DE HOMBRO	27/04/2026 08:15:36	85.770,00	1	85.770,00
				TOTAL RADIOGRAFIA DE HOMBRO			**1**	**85.770,00**
6	21102	001		RADIOGRAFIA DE RODILLA	27/04/2026 08:12:10	85.770,00	1	85.770,00
				TOTAL RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL			**1**	**85.770,00**
						SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**6**	**507.060,00**

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION			FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**								
7	19980029-6		DEXAMETASONA 4 MG / ML INYECTABLE	1,00	2.798,00		2.798,00	0,00	0,00
			TOTAL DEXAMETASONA 4 MG / ML INYECTABLE					**1,00**	**2.798,00**
8	19934768-20		DICLOFENACO SODICO 75 MG / 3 ML AMPOLLA	1,00	1.294,00		1.294,00	0,00	0,00

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

RESOLUCION NO. 18764098993638 DEL 22/09/25 HASTA 22/09/26. DESDE EL NO. FE 249395 HASTA EL NO. FE 1000000
Programa Licenciado a: CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS C 800219192
DIGITAL WARE S.A.S. - NIT 830.042.244-1 - HOSVITAL-HIS

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282598

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

No. HISTORIA: 1054889237 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 25/04/2026 15:19:22 FECHA EGRESO 26/04/2026 21:03:31 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:1024 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-28T18:49:13-0500

bb89e5002d3cd9539c0dd6354b2f4400366ea84594f97f381b76fd2d8aabe0bfd2882421b711d5dfec5b8ddbc66e334f

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 DICLOFENACO SODICO 75 MG / 3 ML AMPOLLA					**1,00**	**1.294,00**
9	19993923-13	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) AMP 10 MG / 2 ML DE BASE	1,00	896,00	896,00	0,00	0,00	
		TOTAL METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) AMP 10 MG / 2 ML DE					**1,00**	**896,00**
		RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL						
10	19932754-5	SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	3,00	4.664,00	13.992,00	0,00	0,00	
		TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML					**3,00**	**13.992,00**
11	19932754-2	SOLUCION SALINA 0.9% 250 ML BOLSA	1,00	4.558,00	4.558,00	0,00	0,00	
		TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 250 ML BOLSA					**1,00**	**4.558,00**
		TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS					**7,00**	**23.538,00**
02	**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**							
12	02102950002	CABESTRILLO TALLA S M Y L	1,00	17.385,00	17.385,00	0,00	0,00	
		TOTAL CABESTRILLO TALLA S M Y L					**1,00**	**17.385,00**
13	02120940005	CATETER INTRAVENOSO # 22	1,00	4.982,00	4.982,00	0,00	0,00	
		TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22					**1,00**	**4.982,00**
14	02180820007	CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)	1,00	6.284,00	6.284,00	0,00	0,00	
		TOTAL CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)					**1,00**	**6.284,00**
15	02450010004	DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	5.798,00	5.798,00	0,00	0,00	
		TOTAL DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683					**1,00**	**5.798,00**
16	02354770007	JERINGA 10 ML 3P LUER LOCK	3,00	518,00	1.554,00	0,00	0,00	
		TOTAL JERINGA 10 ML 3P LUER LOCK					**3,00**	**1.554,00**
17	02232840014	MACROGOTEO SIN AGUJA	1,00	2.937,00	2.937,00	0,00	0,00	

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282598

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

No. HISTORIA: 1054889237 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 25/04/2026 15:19:22 FECHA EGRESO 26/04/2026 21:03:31 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:1024 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-28T18:49:13-0500
bb89e5002d3cd9539c0dd6354b2f4400366ea84594f97f381b76fd2d8aabe0bfd2882421b711d5dfec5b8ddbc66e334f

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 MACROGOTEO SIN AGUJA					**1,00**	**2.937,00**
18	02062120018	SAF-GEL 85G (APOSITO HIDRATANTE CON ACIDO BORICO)	1,00	125.702,00	125.702,00	0,00	0,00	
		TOTAL SAF-GEL 85G (APOSITO HIDRATANTE CON ACIDO BORICO)					**1,00**	**125.702,00**
		TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO					**9,00**	**164.642,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : **16** **188.180,00**

TOTAL FACTURA: **695.240,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 18

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	695.240,00
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:
SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

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

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282598

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

No. HISTORIA: 1054889237 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 25/04/2026 15:19:22 FECHA EGRESO 26/04/2026 21:03:31 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:1024 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-28T18:49:13-0500

bb89e5002d3cd9539c0dd6354b2f4400366ea84594f97f381b76fd2d8aabe0bfd2882421b711d5dfec5b8ddbc66e334f

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: 28/04/2026
HORA FAC: 18:16:25
VENC: 28/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282601

NUMERO ID.:TI 1054885503 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GABRIELA VALENCIA MEJIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3008951295 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CALLE 105 # 28 36 BARRIO LA ENEA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 10 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054885503 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 26/04/2026 07:58:36 FECHA EGRESO 26/04/2026 23:00:00 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:1025 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-28T18:49:23-0500

827c72ba5dbcf41814b28b4f1066eee80e40c19d63c8e34254cb4c3955f4ebd9e1bcf932273a66ea25c98e09302c4996

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	26/04/2026 08:22:41	81.510,00	1	81.510,00
			TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
2	21706	001	TAC DE SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORON	26/04/2026 09:11:33	719.910,00	1	719.910,00
			TOTAL TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES AXIALES Y CORONALES)			**1**	**719.910,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 2 801.420,00

TOTAL FACTURA: 801.420,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 2

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	801.420,00
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:

OCHOCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS VEINTE 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 FE282601

NUMERO ID.:TI 1054885503 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: GABRIELA VALENCIA MEJIA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3008951295 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CALLE 105 # 28 36 BARRIO LA ENEA	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 10 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054885503 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 26/04/2026 07:58:36 FECHA EGRESO 26/04/2026 23:00:00 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:1025 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 1

2026-04-28T18:49:23-0500

827c72ba5dbcf41814b28b4f1066eee80e40c19d63c8e34254cb4c3955f4ebd9e1bcf932273a66ea25c98e09302c4996

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 LAURA NICOL PALACIO LOPEZ

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: 29/04/2026
HORA FAC: 13:37:27
VENC: 29/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282864

NUMERO ID.:TI 1054868545 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA JOSE ALZATE GONZALEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3005171644 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 30 Nº 89 - 89	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 17 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054868545 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 22/04/2026 08:45:05 FECHA EGRESO 24/04/2026 01:28:27 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:984 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2026-04-29T14:18:28-0500

7edde20cdb5878e35ec0c49a4c673558f019f7a5567c3991e9e71503138292763e8d1d79e3f5baf52d1c3927916488c1

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	19170	001	BILIRRUBINA TOTAL	22/04/2026 23:59:00	18.620,00	1	18.620,00
			TOTAL BILIRRUBINA TOTAL			**1**	**18.620,00**
2	19497	001	GRAM TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	22/04/2026 23:59:00	17.765,00	1	17.765,00
			TOTAL GRAM TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)			**1**	**17.765,00**
3	39145	001	CONSULTA DE URGENCIAS	22/04/2026 09:31:52	81.510,00	1	81.510,00
			TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS			**1**	**81.510,00**
4	19290	001	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	22/04/2026 23:59:00	19.855,00	1	19.855,00
			TOTAL CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS			**1**	**19.855,00**
5	19454	001	FOSFATASA ALCALINA	22/04/2026 23:59:00	25.270,00	1	25.270,00
			TOTAL FOSFATASA ALCALINA			**1**	**25.270,00**
6	19480	001	GAMAGLUTAMIL TRANSFERASA GGT	22/04/2026 20:00:00	42.180,00	1	42.180,00
			TOTAL GAMAGLUTAMIL TRANSFERASA GGT			**1**	**42.180,00**
7	19354	001	EMBARAZO, PRUEBA EN PLACA (LATEX, POLICLONAL)	22/04/2026 23:59:00	27.360,00	1	27.360,00
			TOTAL EMBARAZO, PRUEBA EN PLACA (LATEX, POLICLONAL)			**1**	**27.360,00**
8	19304	001	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	22/04/2026 23:59:00	34.390,00	1	34.390,00
			TOTAL CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA			**1**	**34.390,00**
9	19749	001	NITROGENO UREICO	22/04/2026 23:59:00	16.530,00	1	16.530,00
			TOTAL NITROGENO UREICO			**1**	**16.530,00**

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE282864

NUMERO ID.:TI 1054868545 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA JOSE ALZATE GONZALEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3005171644 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 30 Nº 89 - 89	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 17 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054868545 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 22/04/2026 08:45:05 FECHA EGRESO 24/04/2026 01:28:27 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:984 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2026-04-29T14:18:28-0500

7edde20cdb5878e35ec0c49a4c673558f019f7a5567c3991e9e71503138292763e8d1d79e3f5baf52d1c3927916488c1

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		

10	19806	001	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	22/04/2026 22:00:00	69.825,00	1	69.825,00
			TOTAL PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION			**1**	**69.825,00**
11	38925	001	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	22/04/2026 00:00:00	116.945,00	1	116.945,00
			TOTAL SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA SOD			**1**	**116.945,00**
12	19933	001	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	22/04/2026 23:59:00	36.005,00	1	36.005,00
			TOTAL TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA			**1**	**36.005,00**
13	19934	001	TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT	22/04/2026 23:59:00	36.005,00	1	36.005,00
			TOTAL TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT			**1**	**36.005,00**
14	31105	001	ECOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR INCLUYE HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES RIÑON	22/04/2026 16:56:51	241.740,00	1	241.740,00
			TOTAL ECOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR INCLUYE HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES RIÑONES BAZO Y GRANDES VASOS			**1**	**241.740,00**
15	19775	001	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	22/04/2026 23:00:00	21.945,00	1	21.945,00
			TOTAL PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO			**1**	**21.945,00**
16	19966	001	UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS	22/04/2026 20:00:00	90.535,00	1	90.535,00
			TOTAL UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO] INCLUYE EL RECUENTO DE COLONIAS			**1**	**90.535,00**
			SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :			**16**	**896.480,00**

* 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 FE282864

NUMERO ID.:TI 1054868545 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA JOSE ALZATE GONZALEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3005171644 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 30 Nº 89 - 89	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 17 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054868545 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION
FECHA INGRESO: 22/04/2026 08:45:05 FECHA EGRESO 24/04/2026 01:28:27 URGENCIAS
AUTORIZACIÓN:984 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2026-04-29T14:18:28-0500
7edde20cdb5878e35ec0c49a4c673558f019f7a5567c3991e9e71503138292763e8d1d79e3f5baf52d1c3927916488c1

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		

SUMINISTROS

IT	CODIGO	SEDE	DESCRIPCION		FECHA / HORA	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
01	**MEDICAMENTOS**							
17	19922562-6		DIPIRONA 1G AMP	1,00	1.052,00	1.052,00	0,00	0,00
			TOTAL DIPIRONA 1G AMP				**1,00**	**1.052,00**
18	225064-7		HIOSCINA N-BUTIL BROMURO AMP 20 MG / ML	1,00	4.274,00	4.274,00	0,00	0,00
			TOTAL HIOSCINA N-BUTIL BROMURO AMP 20 MG / ML				**1,00**	**4.274,00**
19	32606-2		LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA	2,00	5.110,00	10.220,00	0,00	0,00
			TOTAL LACTATO DE RINGER 500 ML BOLSA				**2,00**	**10.220,00**
20	19932754-5		SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	2,00	4.664,00	9.328,00	0,00	0,00
			TOTAL SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML				**2,00**	**9.328,00**
			TOTAL GRUPO : MEDICAMENTOS				**6,00**	**24.874,00**
02	**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**							
21	02120940004		CATETER INTRAVENOSO # 20	1,00	4.982,00	4.982,00	0,00	0,00
			TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 20				**1,00**	**4.982,00**
22	02120940005		CATETER INTRAVENOSO # 22	1,00	4.982,00	4.982,00	0,00	0,00
			TOTAL CATETER INTRAVENOSO # 22				**1,00**	**4.982,00**
23	02180820007		CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)	1,00	6.284,00	6.284,00	0,00	0,00
			TOTAL CONECTOR LIBRE DE AGUJA REF 409100H (SAFEFLOW)				**1,00**	**6.284,00**
24	02450010004		DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683	1,00	5.798,00	5.798,00	0,00	0,00
			TOTAL DISPOSITIVO DE ASEGURAMIENTO 1683				**1,00**	**5.798,00**
25	02230020002		EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA	1,00	39.220,00	39.220,00	0,00	0,00

* 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 FE282864

NUMERO ID.:TI 1054868545 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA JOSE ALZATE GONZALEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3005171644 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 30 Nº 89 - 89	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 17 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054868545 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION
FECHA INGRESO: 22/04/2026 08:45:05 FECHA EGRESO 24/04/2026 01:28:27 URGENCIAS
AUTORIZACIÓN:984 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2026-04-29T14:18:28-0500
7edde20cdb5878e35ec0c49a4c673558f019f7a5567c3991e9e71503138292763e8d1d79e3f5baf52d1c3927916488c1

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		

LC 5000

		TOTAL EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA LC 5000					**1,00**	**39.220,00**
26	02354770009	JERINGA 5ML 3P LUER LOCK	2,00	474,00	948,00	0,00		0,00
		TOTAL JERINGA 5ML 3P LUER LOCK					**2,00**	**948,00**
27	02232840014	MACROGOTEO SIN AGUJA	1,00	2.937,00	2.937,00	0,00		0,00
		TOTAL MACROGOTEO SIN AGUJA					**1,00**	**2.937,00**
		TOTAL GRUPO : MATERIAL MEDICO QUIRURGICO					**8,00**	**65.151,00**

SUBTOTAL SUMINISTROS : **14** **90.025,00**
TOTAL FACTURA: **986.505,00**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 27

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	986.505,00
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:
NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS 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 FE282864

NUMERO ID.:TI 1054868545 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA JOSE ALZATE GONZALEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3005171644 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CR 30 Nº 89 - 89	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 17 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1054868545 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 22/04/2026 08:45:05 FECHA EGRESO 24/04/2026 01:28:27 URGENCIAS

AUTORIZACIÓN:984 NOMBRE AUTORIZADOR DIAS ESTANCIA: 2

2026-04-29T14:18:28-0500

7edde20cdb5878e35ec0c49a4c673558f019f7a5567c3991e9e71503138292763e8d1d79e3f5baf52d1c3927916488c1

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: 29/04/2026
HORA FAC: 16:54:18
VENC: 29/05/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283022

NUMERO ID.:CC 24266772 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: EMMA HOYOS AGUDELO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3112319706 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CARRERA 16A 71 CALLE 56 BARRIO COLSEGUROS	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 89 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24266772 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 01/04/2026 18:14:58 FECHA EGRESO 01/04/2026 18:14:58 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:801 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-29T17:19:49-0500

9bd5ab6a81181b1efe84c0240c7790f22f9591ac5efa130d774e7546dd1c0fb99dce1fdde50f5d95f3d601fe552930c5

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	993109	001	INYECTOLOGIA IM	01/04/2026 23:00:00	7.200,00	1	7.200,00
			TOTAL INYECTOLOGIA IM			**1**	**7.200,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 7.200,00

TOTAL FACTURA: 7.200,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	7.200,00
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:

SIETE MIL DOSCIENTOS 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.

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

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 FE283022

NUMERO ID.:CC 24266772 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: EMMA HOYOS AGUDELO	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3112319706 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CARRERA 16A 71 CALLE 56 BARRIO COLSEGUROS	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 89 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24266772 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION
FECHA INGRESO: 01/04/2026 18:14:58 FECHA EGRESO 01/04/2026 18:14:58 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:801 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-04-29T17:19:49-0500
9bd5ab6a81181b1efe84c0240c7790f22f9591ac5efa130d774e7546dd1c0fb99dce1fdde50f5d95f3d601fe552930c5

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: 04/05/2026
HORA FAC: 11:49:09
VENC: 03/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283538

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

No. HISTORIA: 24313014 P.P. 409 P.S. HABITACION
FECHA INGRESO: 08/04/2026 10:05:00 FECHA EGRESO 08/04/2026 10:11:03 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:835 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:31-0500
24e86821fd84a683b5af7a9d08c3abf97e9ba331d3e615b7ce17a9de9f0d220c9b89fb7e7e0ca8882a4ab4fa98bb4509

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	21706	001	TAC DE SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORON	08/04/2026 10:05:00	719.910,00	1	719.910,00
			TOTAL TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES AXIALES Y CORONALES)			**1**	**719.910,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 719.910,00
TOTAL FACTURA: 719.910,00

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

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	719.910,00
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:
SETECIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS 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.

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: 04/05/2026
HORA FAC: 11:49:09
VENC: 03/06/2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283538

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

No. HISTORIA: 24313014 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION
FECHA INGRESO: 08/04/2026 10:05:00 FECHA EGRESO 08/04/2026 10:11:03 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:835 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:31-0500
24e86821fd84a683b5af7a9d08c3abf97e9ba331d3e615b7ce17a9de9f0d220c9b89fb7e7e0ca8882a4ab4fa98bb4509

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

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

Responsable Facturación MARIA 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: 04/05/2026
HORA FAC: 11:50:21
VENC: 03/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283539

NUMERO ID.:CC 24298037 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA DIAZ VASQUEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3217557264 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 50 26-57 EDIF PASEO VERSALLES	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24298037 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 08/04/2026 14:50:00 FECHA EGRESO 08/04/2026 14:50:54 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:812 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:35-0500

ad7ca4f686f946714c5c2291ccb0959609c0aa36ccb257c77d7074071967ca1b44f86dc5269508f6a385a7d623c2b0d7

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	21106	001	COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGA	08/04/2026 14:50:00	38.790,00	1	38.790,00
			TOTAL COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGAR:			**1**	**38.790,00**
2	21105	001	RADIOGRAFIA DE PELVIS	08/04/2026 14:50:00	72.810,00	1	72.810,00
			TOTAL RADIOGRAFIA DE PELVIS O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)			**1**	**72.810,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 2 111.600,00

TOTAL FACTURA: 111.600,00

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO
CANTIDAD TOTAL ITEMS: 2

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	111.600,00
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 ONCE MIL SEISCIENTOS 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.

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 FE283539

NUMERO ID.:CC 24298037 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA DIAZ VASQUEZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3217557264 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 50 26-57 EDIF PASEO VERSALLES	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24298037 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 08/04/2026 14:50:00 FECHA EGRESO 08/04/2026 14:50:54 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:812 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:35-0500

ad7ca4f686f946714c5c2291ccb0959609c0aa36ccb257c77d7074071967ca1b44f86dc5269508f6a385a7d623c2b0d7

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

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

Responsable Facturación MARIA 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: 04/05/2026
HORA FAC: 11:51:25
VENC: 03/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283540

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: 15/04/2026 10:00:00 FECHA EGRESO 15/04/2026 10:00:00 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN:951 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:42-0500
bcfaff642651244db687ab75cf29a09470090a09c64a60553bb5d1b89ad8fd0a9621c1266dae63268f4ec0d4e35aac2e

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	31110	001	ECOGRAFIA VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSBDOMINAL)	15/04/2026 10:00:00	184.500,00	1	184.500,00
			TOTAL ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL) INCLUYE CON O SIN ESTUDIO DE RESIDUO POST-MICCIONAL			**1**	**184.500,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 184.500,00
TOTAL FACTURA: 184.500,00

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

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	184.500,00
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 OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS 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 FE283540

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. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 15/04/2026 10:00:00 FECHA EGRESO 15/04/2026 10:00:00 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:951 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:42-0500

bcfaff642651244db687ab75cf29a09470090a09c64a60553bb5d1b89ad8fd0a9621c1266dae63268f4ec0d4e35aac2e

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

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

Responsable Facturación MARIA 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: 04/05/2026
HORA FAC: 11:52:32
VENC: 03/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283541

NUMERO ID.:CC 24310972 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA AMPARO MUÑOZ CARDONA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3122090795 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: .	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24310972 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 21/04/2026 14:45:00 FECHA EGRESO 21/04/2026 14:45:40 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:827 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:46-0500

2345e1c06fe3ebe3c431f3776b500b2aab9852786bb6a8b99fb3d45bd43d6f2c640100ed33384fb7972036fc111b3c73

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	31201	001	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	21/04/2026 14:45:00	495.090,00	1	495.090,00
2	31201	001	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	21/04/2026 14:45:00	495.090,00	1	495.090,00
			TOTAL ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES			**2**	**990.180,00**
3	31112	001	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON	21/04/2026 14:45:00	156.870,00	1	156.870,00
			TOTAL ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			**1**	**156.870,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 3 1.147.050,00

TOTAL FACTURA: 1.147.050,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 3

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	1.147.050,00
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:

UN MILLON CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL CINCUENTA PESOS COLOMBIANOS CON CERO CENTAVOS

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283541

NUMERO ID.:CC 24310972 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: MARIA AMPARO MUÑOZ CARDONA	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3122090795 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: .	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: MANIZALES EDAD: 77 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 24310972 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 21/04/2026 14:45:00 FECHA EGRESO 21/04/2026 14:45:40 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:827 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-04T12:01:46-0500

2345e1c06fe3ebe3c431f3776b500b2aab9852786bb6a8b99fb3d45bd43d6f2c640100ed33384fb7972036fc111b3c73

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		

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 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: 8879830

DIRECCIÓN: CR 24 56 50 BRR BELEN MANIZALES

FECHA: 05/05/2026
HORA FAC: 10:59:19
VENC: 04/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283687

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 20/04/2026 10:57:23 FECHA EGRESO 20/04/2026 10:57:23 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:967 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T11:16:51-0500

d683e9dc58e4f39cbf8b69aa8d1432fe9c57ab20113980f38a0de07ddc68c01681c3ba0d8e4d1afb06262638b12a9be5

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	T0086	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	20/04/2026 21:00:00	155.543,00	1	155.543,00

TOTAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA **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 FE283687

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 20/04/2026 10:57:23 FECHA EGRESO 20/04/2026 10:57:23 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:967 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T11:16:51-0500

d683e9dc58e4f39cbf8b69aa8d1432fe9c57ab20113980f38a0de07ddc68c01681c3ba0d8e4d1afb06262638b12a9be5

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: 05/05/2026
HORA FAC: 11:08:55
VENC: 04/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283689

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

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

FECHA INGRESO: 14/04/2026 10:53:07 FECHA EGRESO 14/04/2026 10:53:07 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:647 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T11:16:57-0500

0b7a05fffa9b4306520851dadee362ef2169ac52a893786fba422a17595a01399eea873033bb24880eedec0b8e2bc6c5

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	18903	001	T0086	COLPOSCOPIA	14/04/2026 21:00:00	127.110,00	1	127.110,00
			TOTAL	**COLPOSCOPIA**			**1**	**127.110,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 127.110,00

TOTAL FACTURA: 127.110,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	127.110,00
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:

CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTO 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 FE283689

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

No. HISTORIA: 24293432 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 14/04/2026 10:53:07 FECHA EGRESO 14/04/2026 10:53:07 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:647 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T11:16:57-0500

0b7a05fffa9b4306520851dadee362ef2169ac52a893786fba422a17595a01399eea873033bb24880eedec0b8e2bc6c5

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: 05/05/2026
HORA FAC: 11:28:42
VENC: 04/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283699

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 03/03/2026 11:26:01 FECHA EGRESO 03/03/2026 11:26:01 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:567 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T12:01:30-0500

52a71bf18f4b64727f4b342498e0a2783639138e03a79b7fdbf909bd14c0ceb4394c039fc95509e3c8136630325c61b9

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	20303	001	T0086	LIQUIDOS (PLEURAL GASTRICO ASCITICO LCR LAVADO BRONQUIAL ESPUTO ORINA	03/03/2026 21:00:00	49.970,00	1	49.970,00
				TOTAL ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION			**1**	**49.970,00**

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 1 49.970,00

TOTAL FACTURA: 49.970,00

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO INSTRUMENTO NO DEFINIDO

CANTIDAD TOTAL ITEMS: 1

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	49.970,00
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:

CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA 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 FE283699

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO:5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 03/03/2026 11:26:01 FECHA EGRESO 03/03/2026 11:26:01 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:567 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T12:01:30-0500

52a71bf18f4b64727f4b342498e0a2783639138e03a79b7fdbf909bd14c0ceb4394c039fc95509e3c8136630325c61b9

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: 05/05/2026
HORA FAC: 11:29:54
VENC: 04/06/2026
PAGINA: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE283701

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. HABITACION

FECHA INGRESO: 24/04/2026 11:00:31 FECHA EGRESO 24/04/2026 11:00:31 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:978 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T12:01:37-0500

99434890f06b78ce0b5c8e96de78bf6232ce17653af5129f6a4e1e71c699ab37c01f01a2025986f29d8c9725517f1dbf

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	T0086	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y	24/04/2026 21:00:00	155.543,00	1	155.543,00
				TOTAL CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			**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 FE283701

NUMERO ID.:CC 1060646150 MANIZALES	NIT. 899999034-1
NOMBRE: PAULA TATIANA SANCHEZ MUÑOZ	EMPRESA:SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
TELEFONO: 3117527730 CARNET:	DIRECCION:KR 23 25 61 ED DON PEDRO
DIRECCION: CL 12 7 26 TORRE 5 APTO 401	CONTRATO: SENA SALUD
MUNICIPIO: VILLAMARIA EDAD: 40 AÑOS	S.O.A.T. # : TIPO USUARIO: 6 TIPO AFILIADO: 5

No. HISTORIA: 1060646150 P.P. 409 P.S. 001 HABITACION

FECHA INGRESO: 24/04/2026 11:00:31 FECHA EGRESO 24/04/2026 11:00:31 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:978 NOMBRE AUTORIZADOR

2026-05-05T12:01:37-0500

99434890f06b78ce0b5c8e96de78bf6232ce17653af5129f6a4e1e71c699ab37c01f01a2025986f29d8c9725517f1dbf

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.