



## EL SUPERVISOR DE CONTRATO

### CERTIFICA

Que de conformidad con el Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR. 8096250 DEL 2025** con número de certificado de registro presupuestal SIIF 60525 del 18 de julio del 2025 suscrito con **PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD SAS**, identificado con Nit No. 800.176.807-4 cuyo objeto es la Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, servicios prestados en el mes de abril del 2026 por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/Cte. (\$ 7.851.746). Realizó a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales (Solo para aquellas empresas que estén obligadas)

Se expide en San Juan de Pasto, a los 25 días del mes de mayo de 2026

| CUENTA DE COBRO | FECHA                 | VALOR        |
|-----------------|-----------------------|--------------|
| 11329           | Mes de abril del 2026 | \$ 7.851.746 |
| TOTAL           |                       | \$ 7.851.746 |

### FIRMA SUPERVISOR

Elaboro:  Diego Fernando Guerrero Ch. Apoyo servicio médico asistencial

Reviso: Alicia Criollo Muñoz. Líder SMA

**CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

|         |                                     |                     |                          |                   |                          |
|---------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Pública | <input checked="" type="checkbox"/> | Pública Clasificada | <input type="checkbox"/> | Pública Reservada | <input type="checkbox"/> |
|---------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|

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

**1. ASPECTOS GENERALES**

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATANTE</b>                | Despacho Dirección Regional Nariño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>CONTRATO NRO.</b>              | <b>CO1.PCCNTR. 8096250 DEL 2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b>       | 17/07/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>OBJETO</b>                     | Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, durante la vigencia 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CONTRATISTA</b>                | PROFESIONALES DE LA SALUD – PROINSALUD SAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CC o NIT</b>                   | 800.176.807-4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b>         | Pasto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>FECHA DE INICIO</b>            | 21/07/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b> | 21 DE JULIO DEL 2025 AL 30 DE OCTUBRE DEL 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$140.000.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>       | 30/10/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>PRÓRROGA NRO. 1</b>            | el plazo de ejecución se prorroga hasta el 31 de diciembre de 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>PRÓRROGA NRO. 2</b>            | el plazo de ejecución se prorroga hasta el 31 de marzo de 2026.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PRÓRROGA NRO. 3</b>            | el plazo de ejecución se Prórroga del 31/03/2026 hasta el 30/04/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>ADICIÓN NRO.</b>               | \$ 70.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>VALOR ACTUAL DEL CONTRATO</b>  | \$210.000.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>FORMA DE PAGO</b>              | El SENA pagará dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista cuando esta se deba expedir, previa recepción de los servicios a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Además, el contratista debe anexar la certificación de pago de los aportes parafiscales, seguridad social (esto en cumplimiento de las leyes 789 de 2002 y 828 de 2003). El pago estará sujeto a la disponibilidad de PAC. El SENA efectuará las retenciones que en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su obligación efectuar la retención. En los demás casos, el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación, si es del |



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



|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | cumplimiento del bien o servicio. Nota 3: En todo caso, los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), aprobado por la Dirección General de la Entidad y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. |
| <b>INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.</b> | Informe de supervisión numero 010                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PERIODO DEL INFORME</b>         | MES DE ABRIL DEL 2026                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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





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



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



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

N/A.

## 3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

| FECHA DEL INFORME | NRO. DE CUENTA | VALOR FACTURADO | VALOR EJECUTADO | SALDO DEL CONTRATO | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA |
|-------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|
| 03/09/2025        | 10690          | 705.135         | 705.135         | 139.294.865        | 0,50 %                             |
| 30/09/2025        | 10731          | 33.735.209      | 34.440.344      | 105.559.656        | 24,09 %                            |
| 21/10/2025        | 10811          | 4.507.154       | 38.947.498      | 101.052.502        | 27,81%                             |
| 24/11/2025        | 10914          | 608.323         | 39,555,821      | 170,444,179        | 18.83%                             |
| 10/12/2025        | 10970          | 59.686.995      | 99,242,816      | 110,757,184        | 47.25%                             |
| 6/02/2026         | 11084          | 5.895.825       | 105.138.641     | 104.861.359        | 50.06%                             |
| 26/02/2026        | 11129          | 10.484.144      | 115,622,785     | 94,377,215         | 55.05%                             |
| 13/03/2026        | 112021         | 24.109.849      | 139.732.634     | 70.267.366         | 66,54%                             |
| 22/04/2026        | 11237          | 7.759.190       | 147.491.824     | 62.508.176         | 70,23%                             |
| 25/05/2026        | 11329          | 7.851.746       | 155.343.570     | 54.656.430         | 73,97%                             |

## 4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

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



|                                 |                                  |                                                |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>SALUD,<br/>PENSIÓN Y ARL</b> | Periodo reportado mes de enero   | Planilla nro. 35845587 del 2 de enero de 2026  |
| <b>SALUD,<br/>PENSIÓN Y ARL</b> | Periodo reportado mes de febrero | Planilla nro. 36540415 del 3 marzo del 2026    |
| <b>SALUD,<br/>PENSIÓN Y ARL</b> | Periodo reportado mes de marzo   | Planilla nro. 36888622 del 31 marzo del 2026   |
| <b>SALUD,<br/>PENSIÓN Y ARL</b> | Periodo reportado mes de abril   | Planilla nro. 37238514 del 05 de mayo del 2026 |

## 5. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN: N/A

### 5.1 Garantías contractuales

| GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica] |                       |            |            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|------------|------------|
| <b>ASEGURADORA</b>                                    | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |            |
| <b>NRO. DE PÓLIZA</b>                                 | 41-46-101022288       |            |            |
| <b>CERTIFICADO O ANEXO</b>                            | 0                     |            |            |
| <b>FECHA EXPEDICIÓN</b>                               | 18/07/2025            |            |            |
| <b>FECHA APROBACIÓN</b>                               | 21/07/2025            |            |            |
| AMPARO                                                | VIGENCIA              |            | VALOR      |
|                                                       | DESDE                 | HASTA      |            |
| Calidad del servicio                                  | 17/07/2025            | 28/02/2026 | 28.000.000 |

|                                                                    |            |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Cumplimiento del contrato                                          | 17/07/2025 | 28/02/2026 | 14.000.000 |
| Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 17/07/2025 | 30/10/2026 | 7.000.000  |

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



## 5.2 Multas y sanciones

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

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

| GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]              |                       |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|------------|
| ASEGURADORA                                                        | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |            |
| NRO. DE PÓLIZA                                                     | 41-46-101022288       |            |            |
| CERTIFICADO O ANEXO                                                | 1                     |            |            |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                   | 06/11/2025            |            |            |
| FECHA APROBACIÓN                                                   | 07/11/2025            |            |            |
| AMPARO                                                             | VIGENCIA              |            | VALOR      |
|                                                                    | DESDE                 | HASTA      |            |
| Calidad del servicio                                               | 17/07/2025            | 28/02/2026 | 42.000.000 |
| Cumplimiento del contrato                                          | 17/07/2025            | 28/02/2026 | 28.000.000 |
| Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 17/07/2025            | 30/10/2028 | 10.500.000 |

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

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



| GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]              |                       |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|------------|
| ASEGURADORA                                                        | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |            |
| NRO. DE PÓLIZA                                                     | 41-46-101022288       |            |            |
| CERTIFICADO O ANEXO                                                | 3                     |            |            |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                   | 30/12/2025            |            |            |
| FECHA APROBACIÓN                                                   | 30/12/2025            |            |            |
| AMPARO                                                             | VIGENCIA              |            | VALOR      |
|                                                                    | DESDE                 | HASTA      |            |
| Calidad del servicio                                               | 17/07/2025            | 31/07/2026 | 42.000.000 |
| Cumplimiento del contrato                                          | 17/07/2025            | 31/07/2026 | 28.000.000 |
| Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 17/07/2025            | 31/03/2029 | 10.500.000 |

| GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL [Diligencie si aplica] |                       |            |             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|
| ASEGURADORA                                                                | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |             |
| NRO. DE POLIZA                                                             | 41-54-101000903       |            |             |
| CERTIFICADO O DE ANEXO                                                     | 2                     |            |             |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                           | 30/12/2025            |            |             |
| FECHA APROBACIÓN                                                           | 30/12/2025            |            |             |
| AMPARO                                                                     | VIGENCIA              |            | VALOR       |
|                                                                            | DESDE                 | HASTA      |             |
| Responsabilidad civil extracontractual                                     | 17/07/2025            | 31/03/2026 | 285.000.000 |

**5.5 Solicitud de modificación:** es necesario para garantizar la cobertura adecuada y continua de los beneficiarios. En consecuencia, se hace necesario adicionar recursos al contrato actual, con el fin de mantener la calidad y oportunidad en la atención médica, evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 30 de abril del 2026.

| GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]              |                       |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|------------|
| ASEGURADORA                                                        | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |            |
| NRO. DE PÓLIZA                                                     | 41-46-101022288       |            |            |
| CERTIFICADO O ANEXO                                                | 4                     |            |            |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                   | 31/03/2026            |            |            |
| FECHA APROBACIÓN                                                   | 01/04/2026            |            |            |
| AMPARO                                                             | VIGENCIA              |            | VALOR      |
|                                                                    | DESDE                 | HASTA      |            |
| Calidad del servicio                                               | 17/07/2025            | 30/09/2026 | 42.000.000 |
| Cumplimiento del contrato                                          | 17/07/2025            | 30/09/2026 | 21.000.000 |
| Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 17/07/2025            | 30/04/2029 | 10.500.000 |



| GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica] |                       |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|
| ASEGURADORA                                                               | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |             |
| NRO. DE POLIZA                                                            | 41-54-101000903       |            |             |
| CERTIFICADO O DE ANEXO                                                    | 3                     |            |             |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                          | 31/03/2026            |            |             |
| FECHA APROBACIÓN                                                          | 30/04/2026            |            |             |
| AMPARO                                                                    | VIGENCIA              |            | VALOR       |
|                                                                           | DESDE                 | HASTA      |             |
| Responsabilidad civil extracontractual                                    | 17/07/2025            | 30/04/2026 | 285.000.000 |

## 6. CERTIFICACIÓN

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

## 7. OBSERVACIONES

N/A

Para constancia se firma el 25 de mayo del 2026.

**ALICIA CRIOLLO MUÑOZ**

Supervisor del contrato

Elaboro: Alicia Criollo Líder SMA



| PROCESO                         |  |                     |  |                   |  |
|---------------------------------|--|---------------------|--|-------------------|--|
| GESTIÓN CONTRACTUAL             |  |                     |  |                   |  |
| NOMBRE DEL FORMATO              |  |                     |  |                   |  |
| INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN    |  |                     |  |                   |  |
| CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN |  |                     |  |                   |  |
| Pública                         |  | Pública Clasificada |  | Pública Reservada |  |

Octubre de 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol





#### Generalidades:

- 1) Este formato tiene como objetivo relacionar toda la gestión técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico sobre el cumplimiento del objeto del contrato o convenio.
- 2) El formato está asociado al Manual de Contratación (GCCON-M-001) y al Manual Supervisión e Interventoría (GCCON-M-002), así como a los procedimientos que rigen la gestión contractual de la entidad.
- 3) El formato se debe utilizar para rendir el informe final de los contratos de bienes y servicios, así como para los de prestación de servicios personales o de los convenios suscritos por la entidad.
- 4) Este formato es diligenciado por el supervisor del contrato o el apoyo a la supervisión.
- 5) Su diligenciamiento se realiza con el vencimiento del plazo de ejecución contractual, el supervisor y/o interventor deberán diligenciar este informe final, en el que se evidencie el recibo o no a satisfacción del bien o servicio, así como el ingreso de estos al almacén (cuando aplique), siendo este requisito indispensable para efectuar el último pago.
- 6) El interventor o supervisor una vez finalizado el contrato verificará y dejará constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista y presentará el informe sobre el balance final de ejecución de este, y elaborará el acta de liquidación respectiva. Los documentos de ejecución deberán reposar en la plataforma de SECOP II.
- 7) **Este formato no requiere ser impreso.** Sin embargo, debe ser cargado en las plataformas transaccionales.
- 8) El formato, una vez diligenciado, deberá archivar de conformidad con lo establecido en las tablas de retención documental de la entidad.
- 9) El contenido que se encuentra en color diferente a negro, entre paréntesis o con el signo “/” son orientaciones para el diligenciamiento del formato.
- 10) El formato puede ser modificado en aquellos apartados en que así se indique.
- 11) Cuando el formato refiera la palabra “Contrato”, se debe realizar el ajuste a “orden” o “convenio” según corresponda
- 12) Las notas internas son situaciones o recomendaciones que se deben tener en cuenta al momento de elaborar el formato. No obstante, las mismas deben ser eliminadas previa impresión o suscripción del mismo.
- 13) Todas las recomendaciones o sugerencias que busquen mejorar el presente documento pueden ser remitidas al correo de la Dirección jurídica del SENA.



### CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

|         |  |                     |  |                   |  |
|---------|--|---------------------|--|-------------------|--|
| Pública |  | Pública Clasificada |  | Pública Reservada |  |
|---------|--|---------------------|--|-------------------|--|

### INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.CO1.PCCNTR. 8096250 DEL 2025

En mi calidad de supervisor del contrato de la referencia, me permito presentar el informe final del mismo, de acuerdo con la siguiente información:

#### 1. ASPECTOS GENERALES

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATANTE</b>                                      | Despacho Dirección Regional Nariño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                 | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>CONTRATO NRO.</b>                                    | <b>CO1.PCCNTR. 8096250 DEL 2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>OBJETO</b>                                           | Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, durante la vigencia 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL NEGOCIO JURÍDICO</b>        | 17/07/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>FECHA DE INICIO</b>                                  | 21/07/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PLAZO INICIAL</b>                                    | 21 DE JULIO DEL 2025 AL 30 DE OCTUBRE DEL 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL</b>                     | 30/10/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>RAZÓN SOCIAL</b>                                     | PROFESIONALES DE LA SALUD – PROINSALUD SAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CC o NIT</b>                                         | 800.176.807-4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>                   | BERNARDO OCAMPO MARTINEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL</b> | 12.965.764                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b>                               | la ciudad de San Juan de Pasto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>VALOR INICIAL</b>                                    | \$140.000.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>FORMA DE PAGO</b>                                    | El SENA pagará dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista cuando esta se deba expedir, previa recepción de los servicios a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Además, el contratista debe anexar la certificación de pago de los aportes parafiscales, seguridad social (esto en cumplimiento de las leyes 789 de 2002 y 828 de 2003). El pago estará sujeto a la disponibilidad de PAC. El SENA efectuará las |



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



|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | <p>gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE, comprobante de pago de la seguridad social del periodo, certificado de paz y salvo por los últimos 6 meses de los aportes parafiscales, si el certificado va firmado por contador y/o revisor fiscal se acompañará de la tarjeta profesional y del certificado de antecedentes de JCC, RUT con expedición inferior a 180 días</p> <p>calendarios, Certificación Bancaria con expedición inferior a 3 meses. GC: Informe de supervisión y evidencias de entrega y cumplimiento del bien o servicio. Nota 3: En todo caso, los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), aprobado por la Dirección General de la</p> <p>Entidad y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> |
| <b>CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</b>  | <b>225 DEL 2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL</b>        | <b>60525 DEL 2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>VALOR FINAL DEL NEGOCIO JURÍDICO</b>            | <b>\$ 210.000.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>FECHA DE TERMINACIÓN FINAL</b>                  | <b>30/04/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA (Sí aplica)</b> | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>VALOR TOTAL PAGADO</b>                          | \$ 155.343.570                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>VALOR TOTAL EJECUTADO</b>                       | CIENTO CINCUENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE (\$155.343.570)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>SUPERVISOR</b>                                  | ALICIA CRIOLLO MUÑOZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>APOYO A LA SUPERVISIÓN</b>                      | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>MODIFICACIÓN NRO.1</b>                          | La prórroga del contrato hasta el 31 de diciembre del presente año y una adición en recurso por valor de setenta millones de pesos m/cte. \$ (70.000.000)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>CDP QUE RESPALDA EL MODIFICATORIO</b>           | <b>225 DEL 2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CRP QUE RESPALDA EL MODIFICATORIO</b>           | <b>60525 DEL 2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>MODIFICACIÓN NRO.2</b>                          | Con el fin de mantener la calidad y oportunidad en la atención médica, evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 31 de marzo del 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



|                                   |                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CDP QUE RESPALDA EL MODIFICATORIO | 225 DEL 2025                                                                                                                                                 |
| CRP QUE RESPALDA EL MODIFICATORIO | 60525 DEL 2025                                                                                                                                               |
| MODIFICACIÓN NRO.3                | Evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 30 de abril del 2026. |
| CDP QUE RESPALDA EL MODIFICATORIO | 225 DEL 2025                                                                                                                                                 |
| CRP QUE RESPALDA EL MODIFICATORIO | 60525 DEL 2025                                                                                                                                               |
| SUSPENSIÓN                        | NO APLICA                                                                                                                                                    |
| CESION                            | NO APLICA                                                                                                                                                    |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE LA CESIÓN | NO APLICA                                                                                                                                                    |
| FECHA DE INICIO DE LA CESIÓN      | NO APLICA                                                                                                                                                    |

## 2. ASPECTOS TÉCNICOS

### 2.1 Obligaciones

En virtud de la suscripción del contrato el contratista adquirió las siguientes obligaciones:

| OBLIGACIONES<br>[Relacionar cada una de las obligaciones específicas]                                                                                                                                | ACTIVIDADES REALIZADAS<br>[Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual] | PRODUCTO O EVIDENCIA<br>[Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe] |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a beneficiarios del servicio médico asistencial | SE CUMPLE                                                                                                                                  | Documentos presentados en el proceso de contratación                                                                                                                   |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prestar los servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos mediante el carné vigente     | <b>SE CUMPLE</b> | El cual será prestado por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena las cuales deben ser acompañadas por los documentos que identifiquen al beneficiario como son copia de cedula y carnet |
| En caso de solicitar ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, debe anexar por escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud                                                                                                                                                                          | <b>SE CUMPLE</b> |                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SE CUMPLE</b> | Servicios prestados en la Clínica, Historias Clínicas                                                                                                                                                                                         |
| Permitir el acceso a los registros, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados                                                                                                                              | <b>SE CUMPLE</b> | Soportes facturas de los servicios de salud prestados a los beneficiarios del SMA                                                                                                                                                             |
| Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenes de atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la factura subir a la plataforma SECOP II. Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas | <b>SE CUMPLE</b> | Cuentas de cobro presentadas por la empresa las cuales deben ser cargadas en la plataforma secop2 con todos sus soportes solicitados                                                                                                          |
| Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad                                                                                                                                                                                                                | <b>SE CUMPLE</b> | El contratista debe realizar la verificación solicitando al beneficiario la copia del carnet y de la cedula la cual lo identifica como beneficiario del servicio medico                                                                       |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El contratista deberá presentar y mantener vigentes los permisos o licencias exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado                                                                                                                 | <b>SE CUMPLE</b> |                                                                                                  |
| Realizar entrega de resultados con oportunidad y facilidad de acceso a los reportes al paciente y/o al Servicio Médico Asesor de la Entidad dentro de las 72 horas posteriores a la toma de la muestra, a excepción de aquellos casos que por su proceso especializado requieran más tiempo para reportar                  | <b>SE CUMPLE</b> |                                                                                                  |
| La atención de los servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría será prestada a los beneficiarios de la Regional Nariño y los beneficiarios de otras Regional debidamente autorizados | <b>SE CUMPLE</b> | Por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena |
| No se aplicará copagos a los beneficiarios del SMA de conformidad a la Resolución 1-00824 de 2022                                                                                                                                                                                                                          | <b>SE CUMPLE</b> | La entidad de salud No cobra copagos a los beneficiarios                                         |
| La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos y/o Guías Médicas, aceptados en salud para el manejo de pacientes                                                                                                                                                                                                    | <b>SE CUMPLE</b> | La entidad cumple con los protocolos establecidos en los manuales, instructivos, guías           |
| Cumplir con la implementación de políticas de seguridad del paciente                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>SE CUMPLE</b> |                                                                                                  |
| Todas aquellas obligaciones inherentes al contrato y necesarias para la correcta ejecución del objeto de este                                                                                                                                                                                                              |                  |                                                                                                  |



### 3. ASPECTOS LEGALES

#### 3.1 Garantías contractuales

Como garantías se establecieron las siguientes:

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

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

**1.1** En atención a lo señalado en el modificadorio Nro. 1. se efectuó la ampliación de las garantías en el siguiente sentido: es necesario para garantizar la cobertura adecuada y continua de los beneficiarios. En consecuencia, se hace necesario adicionar recursos al contrato actual, con el fin de mantener la calidad y oportunidad en la atención médica, evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 31 de diciembre del presente año y una adición en recurso por valor de setenta millones de pesos m/cte. \$ (70.000.000)





| GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]              |                       |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|------------|
| ASEGURADORA                                                        | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |            |
| NRO. DE PÓLIZA                                                     | 41-46-101022288       |            |            |
| CERTIFICADO O ANEXO                                                | 1                     |            |            |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                   | 06/11/2025            |            |            |
| FECHA APROBACIÓN                                                   | 07/11/2025            |            |            |
| AMPARO                                                             | VIGENCIA              |            | VALOR      |
|                                                                    | DESDE                 | HASTA      |            |
| Calidad del servicio                                               | 17/07/2025            | 28/02/2026 | 42.000.000 |
| Cumplimiento del contrato                                          | 17/07/2025            | 28/02/2026 | 28.000.000 |
| Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 17/07/2025            | 30/10/2028 | 10.500.000 |

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

**1.2** En atención a lo señalado en el modificatorio Nro. 2. se efectuó la ampliación de las garantías en el siguiente sentido: es necesario para garantizar la cobertura adecuada y continua de los beneficiarios. En consecuencia, con el fin de mantener la calidad y oportunidad en la atención médica, evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 31 de marzo del 2026

| GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]              |                       |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|------------|
| ASEGURADORA                                                        | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |            |
| NRO. DE PÓLIZA                                                     | 41-46-101022288       |            |            |
| CERTIFICADO O ANEXO                                                | 3                     |            |            |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                   | 30/12/2025            |            |            |
| FECHA APROBACIÓN                                                   | 30/12/2025            |            |            |
| AMPARO                                                             | VIGENCIA              |            | VALOR      |
|                                                                    | DESDE                 | HASTA      |            |
| Calidad del servicio                                               | 17/07/2025            | 31/07/2026 | 42.000.000 |
| Cumplimiento del contrato                                          | 17/07/2025            | 31/07/2026 | 28.000.000 |
| Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 17/07/2025            | 31/03/2029 | 10.500.000 |



| GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL [Diligencie si aplica] |                       |            |             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|
| ASEGURADORA                                                                | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |             |
| NRO. DE POLIZA                                                             | 41-54-101000903       |            |             |
| CERTIFICADO O DE ANEXO                                                     | 2                     |            |             |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                           | 30/12/2025            |            |             |
| FECHA APROBACIÓN                                                           | 30/12/2025            |            |             |
| AMPARO                                                                     | VIGENCIA              |            | VALOR       |
|                                                                            | DESDE                 | HASTA      |             |
| Responsabilidad civil extracontractual                                     | 17/07/2025            | 31/03/2026 | 285.000.000 |

**1.3** En atención a lo señalado en el modificadorio Nro. 3. se efectuó la ampliación de las garantías en el siguiente sentido: es necesario para garantizar la cobertura adecuada y continua de los beneficiarios. En consecuencia, con el fin de mantener la calidad y oportunidad en la atención médica, evitando interrupciones que puedan comprometer la salud y el bienestar de los usuarios del servicio. La prórroga del contrato hasta el 30 de abril del 2026.

| GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]              |                       |            |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|------------|
| ASEGURADORA                                                        | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |            |
| NRO. DE PÓLIZA                                                     | 41-46-101022288       |            |            |
| CERTIFICADO O ANEXO                                                | 4                     |            |            |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                   | 31/03/2026            |            |            |
| FECHA APROBACIÓN                                                   | 01/04/2026            |            |            |
| AMPARO                                                             | VIGENCIA              |            | VALOR      |
|                                                                    | DESDE                 | HASTA      |            |
| Calidad del servicio                                               | 17/07/2025            | 30/09/2026 | 42.000.000 |
| Cumplimiento del contrato                                          | 17/07/2025            | 30/09/2026 | 21.000.000 |
| Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 17/07/2025            | 30/04/2029 | 10.500.000 |

| GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL [Diligencie si aplica] |                       |            |             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|
| ASEGURADORA                                                                | SEGUROS DEL ESTADO SA |            |             |
| NRO. DE POLIZA                                                             | 41-54-101000903       |            |             |
| CERTIFICADO O DE ANEXO                                                     | 3                     |            |             |
| FECHA EXPEDICIÓN                                                           | 31/03/2026            |            |             |
| FECHA APROBACIÓN                                                           | 30/04/2026            |            |             |
| AMPARO                                                                     | VIGENCIA              |            | VALOR       |
|                                                                            | DESDE                 | HASTA      |             |
| Responsabilidad civil extracontractual                                     | 17/07/2025            | 30/04/2026 | 285.000.000 |



### **3.2 Cumplimiento del objeto**

Se dio cumplimiento a cabalidad de acuerdo con lo señalado en el objeto del contrato “Prestación de servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos para adultos, así como servicios de urgencias, hospitalización y servicios médico-quirúrgicos en pediatría, dirigidos a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, durante la vigencia 2025

### **3.3 Cumplimiento de los aspectos del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA**

N/A

### **3.4 Multas y sanciones**

De conformidad con la ejecución del contrato **NO** se presentaron multas y/o sanciones.

### **3.5 Certificado de pagos de seguridad social**

Mediante certificación emitida el 6 de abril del 2026 por parte del revisor fiscal se certificó que la empresa PROFESIONALES DE LA SALUD – PROINSALUD SAS. identificada con Nit No. 800.176.807-4, se encuentra al día en pagos de Seguridad Social, aportes a Fondos de Pensión y Aportes a la ARL, así como a paz y salvo por conceptos de pagos laborales y fiscales.

Mediante los informes presentados por la supervisión durante la ejecución del contrato, los cuales fueron entregados para el proceso de pago, se evidenció que el contratista cumplió a cabalidad con el objeto y las obligaciones contractuales.

### **3.6 Designación de la supervisión**

Que el ordenador del gasto realizó la designación de supervisión a Sonia Nardet Viteri Rosero el día veintiuno (26) de mayo del 2025

Que el ordenador del gasto realizó la designación de supervisión a Richard Alexander López Carlosama el día veintiuno (27) de noviembre del 2025

Que el ordenador del gasto realizó la designación de supervisión a Alicia Criollo Muñoz el día Diecinueve (19) de febrero del 2026

### **3.7 Liquidación del negocio jurídico**

Que respecto de la liquidación del contrato se estableció lo siguiente: La liquidación del contrato se efectuará de mutuo acuerdo dentro del término de cuatro (4) meses contados a partir de la terminación



de este. En aquellos casos en que el contratista no se presente a la liquidación previa notificación o convocatoria que le haga la entidad, o las partes no lleguen a un acuerdo sobre su contenido, la entidad tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes y se adopta mediante acto administrativo motivado susceptible del recurso de reposición, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007.

#### **4. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD (NO APLICA)**

#### **5. ASPECTOS FINANCIEROS**

##### **5.1 Pagos realizados**

Al día 25 de mayo el certificado de desembolsos del contrato Nro. **CO1.PCCNTR. 8096250 DEL 2025** cuyo valor total pagado hasta el momento es de \$ 155.343.570

| <b>NÚMERO DE ORDEN DE PAGO</b> | <b>FECHA DE PAGO</b> | <b>VALOR DE PAGO</b> |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|
| 356411125                      | 2025-09-26           | 705.135              |
| 382826225                      | 2025-10-10           | 33.735.209           |
| 411723825                      | 2025-10-29           | 4.507.154            |
| 519264025                      | 2025-12-23           | 608.323              |
| 519264525                      | 2025-12-23           | 59.686.995           |
| 69883026                       | 2026-03-11           | 5.895.825            |
| 135781726                      | 2026-04-27           | 10.484.144           |
| 135782026                      | 2026-04-27           | 24.109.849           |
| 178412026                      | 2026-05-25           | 7.759.190            |

##### **5.2 Estado financiero**

| <b>CONCEPTO</b>                                | <b>VALOR</b>     |
|------------------------------------------------|------------------|
| Valor inicial del negocio jurídico             | \$140.000.000,00 |
| Adiciones o disminuciones del negocio jurídico | \$ 70.000.000    |
| Valor de las reducciones                       | \$ 0,00          |
| Valor final del negocio jurídico               | \$ 210.000.000   |
| Valor ejecutado                                | \$155.343.570    |



|                        |               |
|------------------------|---------------|
| <b>Valor pagado</b>    | \$147.491.824 |
| <b>Valor por pagar</b> | \$7.851.746   |
| <b>Valor a liberar</b> | \$54.656.430  |

Conforme a lo anteriormente expuesto, se debe:

En virtud de las condiciones contractuales, el SENA pagará al contratista el saldo a favor del contratista previsto en el balance financiero, una vez se cumplan con las condiciones de pago. Cuyo valor es de \$ 7.851.746

a) Liberar a favor del SENA la suma de \$54.656.430

Para constancia se firma 26 de mayo del 2026

 Firmado digitalmente  
por ALICIA CRIOLLO  
MUÑOZ  
Fecha: 2026.05.26  
08:24:41 -05'00'

Alicia Criollo Muñoz  
Supervisor del contrato

Elaboró: Alicia Criollo Muñoz; Líder SMA

 Firmado digitalmente  
por ALICIA CRIOLLO  
MUÑOZ  
Fecha: 2026.05.26  
08:25:13 -05'00'

**PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.****NIT: 800176807-4**

Persona Jurídica - Régimen Ordinario

COLOMBIA, NARIÑO, PASTO  
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO

proinsaludips@proinsalud.co

6027336200

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FESI18786



|                                                              |                                                                                                             |                                    |                                      |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ADQUIRIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE 'SENA'         | FECHA DE EMISIÓN<br>2026-04-30<br>00:00:00                                                                  | FECHA DE VENCIMIENTO<br>2026-05-30 | CARGA DIAN<br>2026-04-30<br>00:00:00 |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 899999034-1                     | CUFE<br>7599b566712d419132ac69b7f7ae26a992b568b6778614fc6cb265168f6<br>5edb9392f4fd232ede684dec0a49bc02bb43 |                                    |                                      |
| DIRECCIÓN: PASTO, NARIÑO, COLOMBIA, CALLE 22 11E VIA ORIENTE |                                                                                                             |                                    |                                      |
| CORREO ELECTRÓNICO: ocastroa@sena.edu.co                     |                                                                                                             |                                    |                                      |
| NÚMERO TELEFÓNICO: 5461500                                   |                                                                                                             |                                    |                                      |

|                     |                      |   |
|---------------------|----------------------|---|
| FORMA PAGO: CREDITO | MEDIO PAGO: POSTGIRO | - |
|---------------------|----------------------|---|

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| No. Admisión: 28810<br>Identificación: CC1006427793<br>Nombre: NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID<br>Fecha Nacimiento: 31/enero/2003<br>Estrato: BENEFICIARIO | Atención: AMBULATORIO CONSULTA GENERAL<br>No. Remisión: 135<br>Fecha Ingreso: 18/abril/2026 09:20<br>Fecha Egreso: 18/abril/2026 09:20<br>Régimen: OTRO | PARTICULAR<br>Tipo Usuario: SIN RÉGIMEN<br>Autorización: 135<br>Contrato: 8096250 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| Id                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Código | DESCRIPCIÓN                                                | CANT | Vir UNITARIO                 | IMPUESTOS | SUBTOTAL  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|------|------------------------------|-----------|-----------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 890226 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA | 1.00 | 61,370.00                    |           | 61,370.00 |
| Se hace constar que las mercancías o servicios fueron entregados real y materialmente y en todo caso, la factura será considerada irrevocablemente aceptada por el comprador si no reclamare en los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción.<br><br>Resolución número 18764103806368 autorizada el 2025-12-29 desde FESI1 hasta FESI1000000, vigente hasta el 2027-12-29. |        |                                                            |      | Subtotal Precio Unitario (=) |           | 61,370.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Descuentos detalle (-)       |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Recargos detalle (+)         |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Subtotal No Gravados (=)     |           | 61,370.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Subtotal Base Gravable (=)   |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Total impuesto (+)           |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Total más impuesto (=)       |           | 61,370.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Descuento Global (-)         |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Recargo Global (+)           |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | COP/MOD/REC (-)              |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                            |      | Valor Total                  |           | 61,370.00 |

SESENTA Y UNO MIL TRESCIENTOS SETENTA PESO(S) COLOMBIANO(S) EXACTOS

FACTURADOR: \_\_\_\_\_

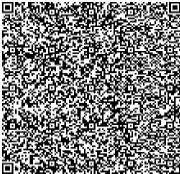
PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID

Impreso por: SaludIPS v4 personalizado para PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. NIT: 800176807  
Proveedor Tecnológico: : Informática & Gestión LTDA. NIT: 814.004.061

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DEBE A:  
PASTO



Dirección: CALLE 14 # 34 - 24 BARRIO SAN IGNACIO      NIT: 800176807-4      Telefono: (602) 7244323  
Res Dian No RES DIAN NO 18764103806368 DE 29 DE DICIEMBRE DE 2025 DEL (FESI1-FESI1000000) VIGENCIA 24 MESES  
CUFE: 7599b566712d419132ac69b7f7ae26a992b568b6778614fcf6cb265168f65edb9392f4fd232ede684dec0a49bc02bb43

|              |                                                |                |                     |              |                         |
|--------------|------------------------------------------------|----------------|---------------------|--------------|-------------------------|
| Paciente     | CC1006427793 - NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID |                |                     |              |                         |
| No. Historia | 1006427793                                     | Admisión       | 28810               | F. Impresión | mayo 02, 2026           |
| Lugar Nac.   | SAN JUAN DE PASTO                              | Fecha Nac.     | enero 31, 2003      | Edad         | 23 Años 2 Meses 16 Días |
| Estrato      | BENEFICIARIO                                   | No. Afiliación | 0                   | Regimen      | PARTICULAR              |
| F. Ingreso   | abril 18, 2026 9:20                            | F. Salida      | abril 18, 2026 9:20 |              |                         |
| Convenio     | SENA                                           |                |                     |              |                         |
| Médico:      | CABRERA ACOSTA RICARDO                         |                |                     | Plan:        | PBS                     |
| Dx. Egreso:  | J342                                           | Autorización   | 135                 | Vto. Factura | mayo 30, 2026           |
|              |                                                |                |                     | Atención:    | AMBULATORIO CONSULTA GI |

| No                                                  | Código | Descripcion                                                | Cant. | Vr. Unitario | Vr. Total |
|-----------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|-------|--------------|-----------|
| CONSULTAS                                           |        |                                                            |       |              |           |
| 1                                                   | 890226 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA | 1     | 61.370,00    | 61,370.00 |
|                                                     |        | Total CONSULTAS                                            |       |              | 61,370.00 |
| VALOR TOTAL                                         |        |                                                            |       |              | 61,370.00 |
| Valor por Concepto de Copago                        |        |                                                            |       |              | 0.00      |
| Valor Descuento                                     |        |                                                            |       |              | 0.00      |
| Total a Pagar por: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |        |                                                            |       |              | 61,370.00 |

En Letras: sesenta y un mil trescientos setenta pesos m/cte

FIRMAS: BASTIDAS NARVAEZ VIVIANA ANDREA

PACIENTE:

Esta factura se asimila a una Letra de Cambio (Art.774 C.C). No somos contribuyentes Ni Responsables de Iva.  
SaludIPS v4 personalizado para PASTO NIT: 800176807-4  
Proveedor Tecnológico: Informática & Gestión LTDA. NIT: 814.004.061



SERVICIO  
NACIONAL  
DE  
APRENDIZAJE

**SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

**ORDEN DE ATENCION**

No. 135,  
LOPE

REGIONAL NARIÑO

CODIGO DEL EMPLEADO

DIA MES AÑO

16/04/2026

|                        |                   |                          |            |                          |                |                          |
|------------------------|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| TIPO<br>DE<br>SERVICIO | TTO. AMBULATORIO  | <input type="checkbox"/> | CIRUGIAS   | <input type="checkbox"/> | CONSULTA T.O   | <input type="checkbox"/> |
|                        | TTO. ODONTOLOGICO | <input type="checkbox"/> | EMERGENCIA | <input type="checkbox"/> | PARA E.P.      | <input type="checkbox"/> |
|                        | TTO. HOSPITALARIO | <input type="checkbox"/> |            |                          | FAMILIAR DE P. | <input type="checkbox"/> |

DOCTOR

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

**TELEFONO**

ORDEN: PROINSALUD

PROCEDIMIENTOS

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU

CONSULTORIO

CLINICA

A: EMMANUEL DAVID NOGUERA GUERRERO

CARNE No. 98334069-E

FAMILIAR DE: OSCAR NOGUERA

CONYUGUE HIJO PADRE HNO.

☒ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

**SEPTOPLASTIA SOD**  
**TURBUNOPLASTIA ENDOSCOPICA VIA TRANSNASAL**

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, DETERMINA DESVIACION SEPTAL

E HIPERTROFIA DE CORNETES, ORDENA MANEJO QUIRURGICA, PREVIA AUTORIZACION A PERSONAL

ADMINISTRATIVO, SE GENERA ORDEN PARA CONTRATO DE PROINSALUD

REMITIR EL RESULTADO A:

DEBE PRESENTARSE EL

Firmado  
digitalmente por

DIRECCION

CODIGO

TELEFONO

DIA MES

16 04

LORENA JOSSA

MONTERO

Fecha: 2026.04.16

16:40:28 -05'00'

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No. 1006427793



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.427.793**  
**NOGUERA GUERRERO**

APELLIDOS  
**EMMANUEL DAVID**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-2003**  
**TULUA**  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.76** **O-**  
ESTATURA G.S. RH

**09-FEB-2021 EL TAMBO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO **M**

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-2304800-01217069-M-1006427793-20210222 0073512092A 1 56379815

**NARIÑO** 98334069 -E

**EMMANUEL DAVID**  
**NOGUERA GUERRERO**  
**T.I: 1006427793**  
**RH: O -**  
**Fecha de naciement** 31/01/ 2003



SERVICIO MEDICO  
ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

**PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.****NIT: 800176807-4**

Persona Jurídica - Régimen Ordinario

COLOMBIA, NARIÑO, PASTO  
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO  
proinsaludips@proinsalud.co  
6027336200

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FESI18787



|                                                              |                                                                                                              |                                    |                                      |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ADQUIRIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE 'SENA'         | FECHA DE EMISIÓN<br>2026-04-30<br>00:00:00                                                                   | FECHA DE VENCIMIENTO<br>2026-05-30 | CARGA DIAN<br>2026-04-30<br>00:00:00 |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 899999034-1                     | CUFE<br>3b03f54e6e2d30a8ee0a00c49d2bc844d16e9413756ade95b29e92bce2<br>bf1b5811c31fb96bd2ed861ea9e6df459b1bd4 |                                    |                                      |
| DIRECCIÓN: PASTO, NARIÑO, COLOMBIA, CALLE 22 11E VIA ORIENTE |                                                                                                              |                                    |                                      |
| CORREO ELECTRÓNICO: ocastroa@sena.edu.co                     |                                                                                                              |                                    |                                      |
| NÚMERO TELEFÓNICO: 5461500                                   |                                                                                                              |                                    |                                      |

|                     |                      |   |
|---------------------|----------------------|---|
| FORMA PAGO: CREDITO | MEDIO PAGO: POSTGIRO | - |
|---------------------|----------------------|---|

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| No. Admisión: 33910<br>Identificación: CC1006427793<br>Nombre: NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID<br>Fecha Nacimiento: 31/enero/2003<br>Estrato: BENEFICIARIO | Atención: AMBULATORIO CONSULTA GENERAL<br>Fecha Ingreso: 21/abril/2026 10:27<br>Fecha Egreso: 21/abril/2026 10:27<br>Régimen: OTRO | PARTICULAR<br>Tipo Usuario: SIN RÉGIMEN<br>Contrato: 8096250 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

| Id                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Código | DESCRIPCIÓN                                                      | CANT | Vir UNITARIO                 | IMPUESTOS | SUBTOTAL  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------|------|------------------------------|-----------|-----------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 890282 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA | 1.00 | 71,200.00                    |           | 71,200.00 |
| <p>Se hace constar que las mercancías o servicios fueron entregados real y materialmente y en todo caso, la factura será considerada irrevocablemente aceptada por el comprador si no reclamare en los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción.</p> <p>Resolución número 18764103806368 autorizada el 2025-12-29 desde FESI1 hasta FESI1000000, vigente hasta el 2027-12-29.</p> |        |                                                                  |      | Subtotal Precio Unitario (=) |           | 71,200.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Descuentos detalle (-)       |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Recargos detalle (+)         |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Subtotal No Gravados (=)     |           | 71,200.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Subtotal Base Gravable (=)   |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Total impuesto (+)           |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Total más impuesto (=)       |           | 71,200.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Descuento Global (-)         |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Recargo Global (+)           |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | COP/MOD/REC (-)              |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                  |      | Valor Total                  |           | 71,200.00 |

SETENTA Y UNO MIL DOSCIENTOS PESO(S) COLOMBIANO(S) EXACTOS

FACTURADOR: \_\_\_\_\_

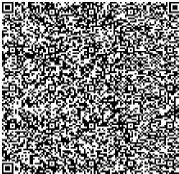
PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID

Impreso por: SaludIPS v4 personalizado para PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. NIT: 800176807  
Proveedor Tecnológico: : Informática & Gestión LTDA. NIT: 814.004.061

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DEBE A:  
PASTO



Dirección: CALLE 14 # 34 - 24 BARRIO SAN IGNACIO      NIT: 800176807-4      Telefono: (602) 7244323  
Res Dian No RES DIAN NO 18764103806368 DE 29 DE DICIEMBRE DE 2025 DEL (FESI1-FESI1000000) VIGENCIA 24 MESES  
CUFE: 3b03f54e6e2d30a8ee0a00c49d2bc844d16e9413756ade95b29e92bce2bf1b5811c31fb96bd2ed861ea9e6df459b1bd4

|              |                                                |                |                      |              |                         |
|--------------|------------------------------------------------|----------------|----------------------|--------------|-------------------------|
| Paciente     | CC1006427793 - NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID | Admisión       | 33910                | F. Impresión | mayo 02, 2026           |
| No. Historia | 1006427793                                     | Fecha Nac.     | enero 31, 2003       | Edad         | 23 Años 2 Meses 19 Días |
| Lugar Nac.   | SAN JUAN DE PASTO                              | No. Afiliación | 0                    | Regimen      | PARTICULAR              |
| Estrato      | BENEFICIARIO                                   | F. Salida      | abril 21, 2026 10:27 |              |                         |
| F. Ingreso   | abril 21, 2026 10:27                           |                |                      |              |                         |
| Convenio     | SENA                                           |                |                      | Plan:        | PBS                     |
| Médico:      | MORA INSUASTY CIRO JHONNISON                   | Autorización   |                      | Vto. Factura | mayo 30, 2026           |
| Dx. Egreso:  | J342                                           |                |                      | Atención:    | AMBULATORIO CONSULTA GI |

| No                                                  | Código | Descripcion                                                      | Cant. | Vr. Unitario | Vr. Total |
|-----------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-----------|
| CONSULTAS                                           |        |                                                                  |       |              |           |
| 1                                                   | 890282 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA | 1     | 71.200,00    | 71,200.00 |
|                                                     |        | Total CONSULTAS                                                  |       |              | 71,200.00 |
| VALOR TOTAL                                         |        |                                                                  |       |              | 71,200.00 |
| Valor por Concepto de Copago                        |        |                                                                  |       |              | 0.00      |
| Valor Descuento                                     |        |                                                                  |       |              | 0.00      |
| Total a Pagar por: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |        |                                                                  |       |              | 71,200.00 |
| En Letras: setenta y un mil doscientos pesos m/cte  |        |                                                                  |       |              |           |

FIRMAS: BASTIDAS NARVAEZ VIVIANA ANDREA

PACIENTE:

Esta factura se asimila a una Letra de Cambio (Art.774 C.C). No somos contribuyentes Ni Responsables de Iva.

SaludIPS v4 personalizado para PASTO NIT: 800176807-4

Proveedor Tecnológico: Informática & Gestión LTDA. NIT: 814.004.061



SERVICIO  
NACIONAL  
DE  
APRENDIZAJE

**SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

**ORDEN DE ATENCION**

No. 135,  
LOPE

REGIONAL NARIÑO

CODIGO DEL EMPLEADO

DIA MES AÑO

16/04/2026

|                        |                   |                          |            |                          |                |                          |
|------------------------|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| TIPO<br>DE<br>SERVICIO | TTO. AMBULATORIO  | <input type="checkbox"/> | CIRUGIAS   | <input type="checkbox"/> | CONSULTA T.O   | <input type="checkbox"/> |
|                        | TTO. ODONTOLOGICO | <input type="checkbox"/> | EMERGENCIA | <input type="checkbox"/> | PARA E.P.      | <input type="checkbox"/> |
|                        | TTO. HOSPITALARIO | <input type="checkbox"/> |            |                          | FAMILIAR DE P. | <input type="checkbox"/> |

DOCTOR

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

**TELEFONO**

ORDEN: PROINSALUD

PROCEDIMIENTOS

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU

CONSULTORIO

CLINICA

A: EMMANUEL DAVID NOGUERA GUERRERO

CARNE No. 98334069-E

FAMILIAR DE: OSCAR NOGUERA

CONYUGUE HIJO PADRE HNO.

☒ ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

**SEPTOPLASTIA SOD**  
**TURBUNOPLASTIA ENDOSCOPICA VIA TRANSNASAL**

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, DETERMINA DESVIACION SEPTAL

E HIPERTROFIA DE CORNETES, ORDENA MANEJO QUIRURGICA, PREVIA AUTORIZACION A PERSONAL

ADMINISTRATIVO, SE GENERA ORDEN PARA CONTRATO DE PROINSALUD

REMITIR EL RESULTADO A:

DEBE PRESENTARSE EL

Firmado  
digitalmente por

DIRECCION

CODIGO

TELEFONO

DIA MES

16 04

LORENA JOSSA

MONTERO

Fecha: 2026.04.16

16:40:28 -05'00'

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No. 1006427793



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.427.793**  
**NOGUERA GUERRERO**

APELLIDOS  
**EMMANUEL DAVID**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-2003**  
**TULUA**  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.76** **O-**  
ESTATURA G.S. RH

**09-FEB-2021 EL TAMBO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO **M**

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2304800-01217069-M-1006427793-20210222 0073512092A 1 56379815

**NARIÑO** 98334069 -E

**EMMANUEL DAVID**  
**NOGUERA GUERRERO**  
**T.I: 1006427793**  
**RH: O -**  
**Fecha de naciement 31/01/ 2003**



SERVICIO MEDICO  
ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

**PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.****NIT: 800176807-4**

Persona Jurídica - Régimen Ordinario

COLOMBIA, NARIÑO, PASTO  
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO

proinsaludips@proinsalud.co

6027336200

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FESI18788



|                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                                    |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ADQUIRIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE 'SENA'<br>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 899999034-1<br>DIRECCIÓN: PASTO, NARIÑO, COLOMBIA, CALLE 22 11E VIA ORIENTE<br>CORREO ELECTRÓNICO: ocastroa@sena.edu.co<br>NÚMERO TELEFÓNICO: 5461500 | FECHA DE EMISIÓN<br>2026-04-30<br>00:00:00 | FECHA DE VENCIMIENTO<br>2026-05-30 | CARGA DIAN<br>2026-04-30<br>00:00:00 |
| CUFE<br>3bf6cecfcdce6d96ec9e4e2aed025387ea8461bdc626d9a02addb9db9589<br>d1102dcf4cc2e06494e483c7e036b3c3fdb34                                                                                                                              |                                            |                                    |                                      |

|                     |                      |   |
|---------------------|----------------------|---|
| FORMA PAGO: CREDITO | MEDIO PAGO: POSTGIRO | - |
|---------------------|----------------------|---|

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| No. Admisión: 35431<br>Identificación: CC1006427793<br>Nombre: NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID<br>Fecha Nacimiento: 31/enero/2003<br>Estrato: BENEFICIARIO | Atención: AMBULATORIO CONSULTA GENERAL<br>No. Remisión: 135<br>Fecha Ingreso: 22/abril/2026 07:14<br>Fecha Egreso: 22/abril/2026 07:14<br>Régimen: OTRO | PARTICULAR<br>Tipo Usuario: SIN RÉGIMEN<br>Autorización: 135<br>Contrato: 8096250 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| Id                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Código | DESCRIPCIÓN                                                             | CANT | Vir UNITARIO                 | IMPUESTOS | SUBTOTAL  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------|-----------|-----------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 890326 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA | 1.00 | 61,370.00                    |           | 61,370.00 |
| <p>Se hace constar que las mercancías o servicios fueron entregados real y materialmente y en todo caso, la factura será considerada irrevocablemente aceptada por el comprador si no reclamare en los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción.</p> <p>Resolución número 18764103806368 autorizada el 2025-12-29 desde FESI1 hasta FESI1000000, vigente hasta el 2027-12-29.</p> |        |                                                                         |      | Subtotal Precio Unitario (=) |           | 61,370.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Descuentos detalle (-)       |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Recargos detalle (+)         |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Subtotal No Gravados (=)     |           | 61,370.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Subtotal Base Gravable (=)   |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Total impuesto (+)           |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Total más impuesto (=)       |           | 61,370.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Descuento Global (-)         |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Recargo Global (+)           |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | COP/MOD/REC (-)              |           | 0.00      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                         |      | Valor Total                  |           | 61,370.00 |

SESENTA Y UNO MIL TRESCIENTOS SETENTA PESO(S) COLOMBIANO(S) EXACTOS

FACTURADOR: \_\_\_\_\_

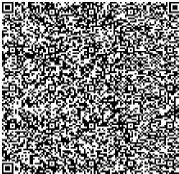
PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID

Impreso por: SaludIPS v4 personalizado para PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. NIT: 800176807  
Proveedor Tecnológico: : Informática & Gestión LTDA. NIT: 814.004.061

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DEBE A:  
PASTO



Dirección: CALLE 14 # 34 - 24 BARRIO SAN IGNACIO      NIT: 800176807-4      Telefono: (602) 7244323  
Res Dian No RES DIAN NO 18764103806368 DE 29 DE DICIEMBRE DE 2025 DEL (FESI1-FESI1000000) VIGENCIA 24 MESES  
CUFE: 3bf6cecfde6d96ec9e4e2aed025387ea8461bdc626d9a02addb9db9589d1102dcf4cc2e06494e483c7e036b3c3fdb34

|              |                                                |                |                     |              |                         |
|--------------|------------------------------------------------|----------------|---------------------|--------------|-------------------------|
| Paciente     | CC1006427793 - NOGUERA GUERRERO EMMANUEL DAVID |                |                     |              |                         |
| No. Historia | 1006427793                                     | Admisión       | 35431               | F. Impresión | mayo 02, 2026           |
| Lugar Nac.   | SAN JUAN DE PASTO                              | Fecha Nac.     | enero 31, 2003      | Edad         | 23 Años 2 Meses 20 Días |
| Estrato      | BENEFICIARIO                                   | No. Afiliación | 0                   | Regimen      | PARTICULAR              |
| F. Ingreso   | abril 22, 2026 7:14                            | F. Salida      | abril 22, 2026 7:14 |              |                         |
| Convenio     | SENA                                           |                |                     | Plan:        | PBS                     |
| Médico:      | CABRERA ACOSTA RICARDO                         |                |                     | Vto. Factura | mayo 30, 2026           |
| Dx. Egreso:  | J342                                           | Autorización   | 135                 | Atención:    | AMBULATORIO CONSULTA GI |

| No                                                  | Código | Descripcion                                                             | Cant. | Vr. Unitario | Vr. Total |
|-----------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-----------|
| CONSULTAS                                           |        |                                                                         |       |              |           |
| 1                                                   | 890326 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA | 1     | 61.370,00    | 61,370.00 |
|                                                     |        | Total CONSULTAS                                                         |       |              | 61,370.00 |
| VALOR TOTAL                                         |        |                                                                         |       |              | 61,370.00 |
| Valor por Concepto de Copago                        |        |                                                                         |       |              | 0.00      |
| Valor Descuento                                     |        |                                                                         |       |              | 0.00      |
| Total a Pagar por: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |        |                                                                         |       |              | 61,370.00 |

En Letras: sesenta y un mil trescientos setenta pesos m/cte

FIRMAS: BASTIDAS NARVAEZ VIVIANA ANDREA      PACIENTE:

Esta factura se asimila a una Letra de Cambio (Art.774 C.C). No somos contribuyentes Ni Responsables de Iva.  
SaludIPS v4 personalizado para PASTO NIT: 800176807-4  
Proveedor Tecnológico: Informática & Gestión LTDA. NIT: 814.004.061



SERVICIO  
NACIONAL  
DE  
APRENDIZAJE

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

ORDEN DE ATENCION

No. 135,  
LOPE

REGIONAL NARIÑO

CODIGO DEL EMPLEADO

DIA MES AÑO

16/04/2026

|                        |                   |                          |            |                          |                |                          |
|------------------------|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| TIPO<br>DE<br>SERVICIO | TTO. AMBULATORIO  | <input type="checkbox"/> | CIRUGIAS   | <input type="checkbox"/> | CONSULTA T.O   | <input type="checkbox"/> |
|                        | TTO. ODONTOLOGICO | <input type="checkbox"/> | EMERGENCIA | <input type="checkbox"/> | PARA E.P.      | <input type="checkbox"/> |
|                        | TTO. HOSPITALARIO | <input type="checkbox"/> |            |                          | FAMILIAR DE P. | <input type="checkbox"/> |

|                   |                      |          |
|-------------------|----------------------|----------|
| DOCTOR            | OTORRINOLARINGOLOGIA | TELEFONO |
| ORDEN: PROINSALUD | PROCEDIMIENTOS       |          |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU

CONSULTORIO

CLINICA

A: EMMANUEL DAVID NOGUERA GUERRERO

CARNE No. 98334069-E

FAMILIAR DE: OSCAR NOGUERA

CONYUGUE HIJO PADRE HNO.

|                                     |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

SEPTOPLASTIA SOD  
TURBUNOPLASTIA ENDOSCOPICA VIA TRANSNASAL

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, DETERMINA DESVIACION SEPTAL  
E HIPERTROFIA DE CORNETES, ORDENA MANEJO QUIRURGICA, PREVIA AUTORIZACION A PERSONAL  
ADMINISTRATIVO, SE GENERA ORDEN PARA CONTRATO DE PROINSALUD

REMITIR EL RESULTADO A:

|                     |                          |           |        |          |
|---------------------|--------------------------|-----------|--------|----------|
| DEBE PRESENTARSE EL | Firmado digitalmente por | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
| DIA MES AÑO         | LORENA JOSSA             |           |        |          |

16/04/2026  
16:40:28 -05'00'

MONTERO  
Fecha: 2026.04.16  
16:40:28 -05'00'

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No. 1006427793



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.427.793**  
**NOGUERA GUERRERO**

APELLIDOS  
**EMMANUEL DAVID**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-2003**  
**TULUA**  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.76** **O-**  
ESTATURA G.S. RH

**09-FEB-2021 EL TAMBO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO **M**

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2304800-01217069-M-1006427793-20210222 0073512092A 1 56379815

**NARIÑO** 98334069 -E

**EMMANUEL DAVID**  
**NOGUERA GUERRERO**  
**T.I: 1006427793**  
**RH: O -**  
**Fecha de naciement 31/01/ 2003**



SERVICIO MEDICO  
ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL



PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FE 713061

Fecha y Hora de Factura

Generación 2026-05-04 07:40:05  
Expedición 2026-05-04 14:29:36  
Vencimiento 2026-05-04

| Item | Código        | Descripción                                        | Unid | Cant | V. Unit    | Valor Total |
|------|---------------|----------------------------------------------------|------|------|------------|-------------|
| 1    | 0410003000001 | 890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL  | UND  | 1.00 | 81,605.00  | 81,605.00   |
| 2    | 0410002000001 | 3000055000008 JERINGA DESECHABLE 3ml - 21G x 1 1/2 | UND  | 1.00 | 1,511.00   | 1,511.00    |
| 3    | 0410001000001 | 19934768-18 DICLOfenaco 75 mg/3 ml*3 ml SOLUCION I | UND  | 1.00 | 2,214.00   | 2,214.00    |
| 4    | 0410001000001 | 20019105-06 DEXAMetasona 8 mg/2ml SOLUCION INYECTA | UND  | 1.00 | 2,049.00   | 2,049.00    |
| 5    | 0410101000001 | 903437 TROPONINA I CUANTITATIVA                    | UND  | 1.00 | 115,400.00 | 115,400.00  |
| 6    | 0410103000001 | 895100 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE | UND  | 1.00 | 73,900.00  | 73,900.00   |

Total Items 6

|               |               |
|---------------|---------------|
| Total Bruto   | 276,679.00    |
| Total a Pagar | \$ 276.679,00 |

FORMA DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206 Otro\* Cuota 1 F - 010- 713061 Vence el 2026-05-04 276.679,00

VALOR EN LETRAS

Doscientos Setenta Y Seis Mil Seiscientos Setenta Y Nueve Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 27275377 NELCY OLIVA GARCES DELGADO Edad: 64 Servicio: URGENCIAS Ingreso: 2026-04-17 Egreso: 2026-04-17 Dx: R002 PALPITACIONES Municipio: PASTO Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

|                                        |                    |                         |
|----------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| Código de prestador de servicio        | Modalidad de pago  | Período de inicio       |
| 5200100669                             | Pago por evento    | 17/04/2026              |
| Plan de servicios                      | Número de contrato | Periodo de finalización |
| Cobertura Régimen Especial o Excepción | 8096250            | 17/04/2026              |
| Número de póliza                       |                    |                         |
| -                                      |                    |                         |

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :1f4332e6bc316c8808d0f6e4580507a5eec63093be0b41b0d4f9756e5ce6d88d27bdc01558fff20968ead4d98fde288f

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

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

NARINO

12.967.455-A

**NELCY OLIVA  
GARCES DELGADO  
C.C. 27.275.377  
RH O+**

**Fecha de nacimiento** 08 FEB 1962



**SERVICIO MEDICO  
ASISTENCIAL**



**DE CLASE MUNDIAL**



INDICE DERECHO

**FECHA DE NACIMIENTO** 08-FEB-1962  
**LA CRUZ  
(NARINO)**

**LUGAR DE NACIMIENTO**

**1.58**

**ESTATURA**

**O+**

**G.S. RH**

**F**

**SEXO**

**02-JUN-1980 LA CRUZ**

**FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION**

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-2300100-00067183-F-0027275477-20080337

00011061984

01000JUZ02

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA**

**NUMERO** 27.275.377  
**GARCES DELGADO**

**APELLIDOS**  
**NELCY OLIVA**

**NOMBRES**

*Nelly Garces Delgado*

FIRMA





PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FE 714832

Fecha y Hora de Factura

Generación 2026-05-06 12:10:56  
Expedición 2026-05-06 14:23:33  
Vencimiento 2026-05-06

| Item | Código        | Descripción                                      | Unid | Cant  | V. Unit      | Valor Total  |
|------|---------------|--------------------------------------------------|------|-------|--------------|--------------|
| 1    | 0410078000001 | 218403 SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL | UND  | 1.00  | 3,769,400.00 | 3,769,400.00 |
| 2    | 0410060000001 | 36575-04 AMOXilicina 500 mg CAPSULA N/A          | UND  | 15.00 | 1,481.00     | 22,215.00    |
| 3    | 0410060000001 | 19986458-03 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA N/A      | UND  | 30.00 | 352.00       | 10,560.00    |
| 4    | 0410060000001 | 19927831-04 NAPROXENO 250 mg TABLETA N/A         | UND  | 30.00 | 846.00       | 25,380.00    |
| 5    | 0410060000001 | 200783-03 CETIRIZINA 10mg TABLETA N/A            | UND  | 20.00 | 352.00       | 7,040.00     |
| 6    | 0410078000001 | 219302 TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL             | UND  | 1.00  | 913,050.00   | 913,050.00   |
| 7    | 0410078000001 | 219302 TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL             | UND  | 1.00  | 1,369,575.00 | 1,369,575.00 |

Total Items 7

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| Total Bruto   | 6,117,220.00    |
| Total a Pagar | \$ 6.117.220,00 |

FORMA DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206 Otro\* Cuota 1 F - 010- 714832 Vence el 2026-05-06 6.117.220,00

VALOR EN LETRAS

Seis Millones Ciento Diecisiete Mil Doscientos Veinte Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 1006427793 EMMANUEL DAVID NOGUERA GUERRERO Edad: 23  
Servicio: QUIROFANO Ingreso: 2026-04-24 Egreso: 2026-04-24 Dx: J342 DESVIACION DEL  
TABIQUE NASAL Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 5 Tp.Afiliación: C

DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

|                                        |                    |                         |
|----------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| Código de prestador de servicio        | Modalidad de pago  | Período de inicio       |
| 5200100669                             | Pago por evento    | 24/04/2026              |
| Plan de servicios                      | Número de contrato | Periodo de finalización |
| Cobertura Régimen Especial o Excepción | 8096250            | 24/04/2026              |
| Número de póliza                       |                    |                         |
| -                                      |                    |                         |

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :f265776e6196037f06f1cabcf6b6847b7df4c3b215c2c186431d23fb68f4fbbdf1e098012ce686681f5638571fab121c

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

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

|                                                                                                                                      |                         |                     |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>Profesionales de la Salud S.A.</b><br>Proinsalud | <b>FACTURA DE VENTA</b> | CODIGO:<br>FAFAC-13 | FECHA DE ELABORACION:<br>30 de Diciembre de 2011 |
|                                                                                                                                      |                         | VERSION:<br>03      | FECHA DE ACTUALIZACION:<br>12 de enero de 2021   |
|                                                                                                                                      |                         | HOJA: 1 de 1        |                                                  |

Fecha Elaboracin de Factura: 29/04/2026  
 Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE  
 Nit: 899999034-1

Factura Nro: **FE 714832**

**DEBE A:**  
**PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.**  
 Nit: 800176807-4

Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566  
 FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

| Admisin:                                | Identificacin: 1006427793                 | Autorizacin:        |           |           |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| Nombre: EMMANUEL DAVID NOGUERA GUERRERO | Fecha Nacimiento: 31/01/2003              | Edad: 23 Años       |           |           |
| Municipio: PASTO                        | Fecha de Ingreso: 24/04/2026              | Estrato: 1          |           |           |
| Tipo Afiliacin: C                       | Fecha de Egreso: 24/04/2026               | Rgimen: 5           |           |           |
| Dx: J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL   |                                           | Servicio: QUIROFANO |           |           |
| CONCP CODIGO                            | DESCRIPCION                               | CANT                | V/UNIT    | V/TOTAL   |
| QUIROFANO                               |                                           |                     |           |           |
| Procedimiento Quirúrgico                |                                           |                     |           |           |
| 218403                                  | SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL | 1                   | 3,769,400 | 3,769,400 |
| 12                                      | HONORARIOS CIRUJANO                       |                     | 884,900   |           |
| 12                                      | HONORARIOS ANESTESIOLOGO                  |                     | 515,700   |           |
| 12                                      | HONORARIOS AYUDANTE                       |                     | 241,600   |           |
| 12                                      | DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA               |                     | 1,418,600 |           |
| 12                                      | MATERIAL QUIRURGICO                       |                     | 708,600   |           |
| 219302                                  | TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL             | 1                   | 913,050   | 913,050   |
| 219302                                  | TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL             | 1                   | 1,369,575 | 1,369,575 |
| Medicamentos                            |                                           |                     |           |           |
| 36575-04                                | AMOXilicina 500 mg CAPSULA N/A            | 15                  | 1,481     | 22,215    |
| 19986458-03                             | ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA N/A           | 30                  | 352       | 10,560    |
| 19927831-04                             | NAPROXENO 250 mg TABLETA N/A              | 30                  | 846       | 25,380    |
| 200783-03                               | CETIRIZINA 10mg TABLETA N/A               | 20                  | 352       | 7,040     |

CONTROLADO

|                                                                       |  |  |                      |                  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------|------------------|
|                                                                       |  |  | SUBTOTAL:            | 6,117,220        |
|                                                                       |  |  | Copago: 0%           | 0                |
|                                                                       |  |  | Descuento: 0%        | 0                |
|                                                                       |  |  | Cuota Moderadora:    | 0                |
|                                                                       |  |  | <b>NETO A PAGAR:</b> | <b>6,117,220</b> |
| SON: SEIS MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS MCTE |  |  |                      |                  |



Firmas: **YANET CORAL**  
Facturador

EMMANUEL DAVID NOGUERA GUERRERO

|       |                         |                    |                 |
|-------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| FIRMA | ELABORADO:              | REVISADO:          | APROBADO:       |
| CARGO | Coordinador Facturación | Coordinador S.G.C. | Gerente General |





SERVICIO  
NACIONAL  
DE  
APRENDIZAJE

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

ORDEN DE ATENCION

No. 135  
LOPE

REGIONAL NARIÑO

CODIGO DEL EMPLEADO

DIA MES AÑO

16/04/2026 ✓

|                        |                                                                                                                                       |                                                                          |                                                                                                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO<br>DE<br>SERVICIO | TTO. AMBULATORIO <input type="checkbox"/><br>TTO. ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/><br>TTO. HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> | CIRUGÍAS <input type="checkbox"/><br>EMERGENCIA <input type="checkbox"/> | CONSULTA T.O. <input type="checkbox"/><br>PARA E.P. <input type="checkbox"/><br>FAMILIAR DE P. <input type="checkbox"/> |
| DOCTOR                 | OTORRINOLARINGOLOGÍA<br>PROCEDIMIENTOS                                                                                                |                                                                          | TELÉFONO                                                                                                                |
| ORDEN: PROINSALUD      |                                                                                                                                       |                                                                          |                                                                                                                         |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU

CONSULTORIO

CLÍNICA

A: EMMANUEL DAVID NOGUERA GUERRERO

CARNE No. 98334069-E

FAMILIAR DE: OSCAR NOGUERA

CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE HIJO ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXÁMENES (ES):

SEPTOPLASTIA SOD  
TURBUNOPLASTIA ENDOSCOPICA VIA TRANSNASAL

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA, DETERMINA DESVIACIÓN SEPTAL  
E HIPERTROFIA DE CORNETES, ORDENA MANEJO QUIRÚRGICO, PREVIA AUTORIZACIÓN A PERSONAL  
ADMINISTRATIVO, SE GENERA ORDEN PARA CONTRATO DE PROINSALUD

REMITIR EL RESULTADO A:

|                     |                                                                  |           |        |          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|
| DEBE PRESENTARSE EL | Firmado digitalmente por                                         | DIRECCIÓN | CODIGO | TELÉFONO |
| DIA MES             | LORENA JOSSA<br>MONTERO<br>Fecha: 2026.04.16<br>16:40:28 -05'00' |           |        |          |

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No. 1006427793



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.427.793  
NOGUERA GUERRERO

APELLIDOS  
EMMANUEL DAVID

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-2003

TULUA  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O-

G.S. RH

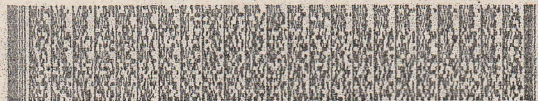
M

SEXO

09-FEB-2021 EL TAMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2304800-01217089-M-1006427793-20210222

0073512092A1

56379815

NARIÑO

98334069 -E

EMMANUEL DAVID  
NOGUERA GUERRERO

T.I: 1006427793

RH: O -

Fecha de nacimiento 31/01/2003



SERVICIO MEDICO  
ASISTENCIAL



DE CLASE MUNDIAL





PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

FACTURA ELECTRONICA DE  
VENTA  
FE 715867

Fecha y Hora de Factura

Generación 2026-05-12 15:26:42  
Expedición 2026-05-12 15:33:45  
Vencimiento 2026-05-12

| Item | Código        | Descripción                                        | Unid | Cant | V. Unit    | Valor Total |
|------|---------------|----------------------------------------------------|------|------|------------|-------------|
| 1    | 0410102000001 | 903603 CALCIO AUTOMATIZADO                         | UND  | 1.00 | 32,000.00  | 32,000.00   |
| 2    | 0410101000001 | 903818 COLESTEROL TOTAL                            | UND  | 1.00 | 46,000.00  | 46,000.00   |
| 3    | 0410101000001 | 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS         | UND  | 1.00 | 21,600.00  | 21,600.00   |
| 4    | 0410101000001 | 903824 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS             | UND  | 1.00 | 21,600.00  | 21,600.00   |
| 5    | 0410101000001 | 903843 GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL                 | UND  | 1.00 | 57,200.00  | 57,200.00   |
| 6    | 0410101000001 | 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUE | UND  | 1.00 | 37,400.00  | 37,400.00   |
| 7    | 0410102000001 | 903426 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA        | UND  | 1.00 | 82,500.00  | 82,500.00   |
| 8    | 0410101000001 | 903815 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD                 | UND  | 1.00 | 37,900.00  | 37,900.00   |
| 9    | 0410101000001 | 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS            | UND  | 1.00 | 53,600.00  | 53,600.00   |
| 10   | 0410101000001 | 903817 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZ | UND  | 2.00 | 44,600.00  | 89,200.00   |
| 11   | 0410101000001 | 903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS              | UND  | 1.00 | 44,200.00  | 44,200.00   |
| 12   | 0410101000001 | 907106 UROANALISIS                                 | UND  | 1.00 | 23,900.00  | 23,900.00   |
| 13   | 0410102000001 | 903066 PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO  | UND  | 1.00 | 66,100.00  | 66,100.00   |
| 14   | 0410099000001 | 904921 TIROXINA LIBRE                              | UND  | 1.00 | 90,200.00  | 90,200.00   |
| 15   | 0410101000001 | 903868 TRIGLICERIDOS                               | UND  | 1.00 | 25,200.00  | 25,200.00   |
| 16   | 0410102000001 | 904902 HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES            | UND  | 1.00 | 118,600.00 | 118,600.00  |
| 17   | 0410101000001 | 903026 MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARC | UND  | 1.00 | 62,600.00  | 62,600.00   |
| 18   | 0410102000001 | 903706 VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIF | UND  | 1.00 | 181,200.00 | 181,200.00  |
| 19   | 0410003000001 | 890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL  | UND  | 1.00 | 81,605.00  | 81,605.00   |
| 20   | 0410102000001 | 903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) | UND  | 1.00 | 83,800.00  | 83,800.00   |
| 21   | 0410089000001 | 3000055000021 JERINGA P/GASES ARTERIALES .         | UND  | 1.00 | 7,502.00   | 7,502.00    |

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :954474962335b417ac4c2b81810d888dd8bed82b7b836244ed35dada1b0121c6deb257a26535ca4db0643f647490ecb7

ORIGINAL

Pagina : 1 de 2

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





# PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

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



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

## FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE 715867

Fecha y Hora de Factura

Generación 2026-05-12 15:26:42  
Expedición 2026-05-12 15:33:45  
Vencimiento 2026-05-12

| Item | Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|------|--------|-------------|------|------|---------|-------------|
|------|--------|-------------|------|------|---------|-------------|

Total Items 21

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| Total Bruto   | 1,263,907.00    |
| Total a Pagar | \$ 1.263.907,00 |

### FORMA DE PAGO

### MEDIO DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206 Otro\* Cuota 1 F - 010- 715867 Vence el 2026-05-12 1.263.907,00

### VALOR EN LETRAS

Un Millon Doscientos Sesenta Y Tres Mil Novecientos Siete Pesos M/Cte

### OBSERVACIONES

Admisión: Paciente: 27074121 RUTH OMAIRA ERAZO IBARRA Edad: 81 Servicio: Laboratorio Ingreso: 2026-04-25 Egreso: 2026-04-25 Dx: J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECI Municipio: PASTO Estrato: 1 Régimen: 1 Tp.Afiliación: C

### DATOS ADICIONALES PARA EMPRESAS DE SECTOR SALUD

#### Código de prestador de servicio

5200100669

#### Plan de servicios

Cobertura Régimen Especial o Excepción

#### Número de póliza

-

#### Modalidad de pago

Pago por evento

#### Número de contrato

8096250

#### Período de inicio

25/04/2026

#### Periodo de finalización

25/04/2026

Firma Elaborado por : GUSTAVO BERNAL

Firma Recibido

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

CUFE :954474962335b417ac4c2b81810d888dd8bed82b7b836244ed35dada1b0121c6deb257a26535ca4db0643f647490ecb7

ORIGINAL

Pagina : 2 de 2

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

|                                                                                                                                      |                         |                      |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>Profesionales de la Salud S.A.</b><br>Proinsalud | <b>FACTURA DE VENTA</b> | CODIGO:<br>FAFA-C-13 | FECHA DE ELABORACION:<br>30 de Diciembre de 2011 |
|                                                                                                                                      |                         | VERSION:<br>03       | FECHA DE ACTUALIZACION:<br>12 de enero de 2021   |
|                                                                                                                                      |                         | HOJA: 1 de 1         |                                                  |

Fecha Elaboracin de Factura: 30/04/2026
 Factura Nro: **FE 715867**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

**DEBE A:**  
**PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.**  
 Nit: 800176807-4  
 Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566  
 FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

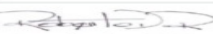
|                                                                   |                              |                                                                                                                                                                                                |      |         |         |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|---------|
| Admisin:                                                          | Identificacin: 27074121      | Autorizacin:                                                                                                                                                                                   |      |         |         |
| Nombre: RUTH OMAIRA ERAZO IBARRA                                  | Fecha Nacimiento: 20/04/1945 | Edad: 81 Años                                                                                                                                                                                  |      |         |         |
| Municipio: PASTO                                                  | Fecha de Ingreso: 25/04/2026 | Estrato: 1                                                                                                                                                                                     |      |         |         |
| Tipo Afiliacin: C                                                 | Fecha de Egreso: 25/04/2026  | Rgimen: 1                                                                                                                                                                                      |      |         |         |
| Dx: J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA |                              | Servicio: Laboratorio                                                                                                                                                                          |      |         |         |
| CONCP                                                             | CODIGO                       | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                    | CANT | V/UNIT  | V/TOTAL |
| Laboratorio                                                       |                              |                                                                                                                                                                                                |      |         |         |
| 903603                                                            |                              | CALCIO AUTOMATIZADO                                                                                                                                                                            | 1    | 32,000  | 32,000  |
| 903818                                                            |                              | COLESTEROL TOTAL                                                                                                                                                                               | 1    | 46,000  | 46,000  |
| 903895                                                            |                              | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS                                                                                                                                                            | 1    | 21,600  | 21,600  |
| 903824                                                            |                              | CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS                                                                                                                                                                | 1    | 21,600  | 21,600  |
| 903843                                                            |                              | GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL                                                                                                                                                                    | 1    | 57,200  | 57,200  |
| 902210                                                            |                              | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | 1    | 37,400  | 37,400  |
| 903426                                                            |                              | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA                                                                                                                                                           | 1    | 82,500  | 82,500  |
| 903815                                                            |                              | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD                                                                                                                                                                    | 1    | 37,900  | 37,900  |
| 903859                                                            |                              | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS                                                                                                                                                               | 1    | 53,600  | 53,600  |
| 903817                                                            |                              | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO                                                                                                                                                 | 2    | 44,600  | 89,200  |
| 903864                                                            |                              | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS                                                                                                                                                                 | 1    | 44,200  | 44,200  |
| 907106                                                            |                              | UROANALISIS                                                                                                                                                                                    | 1    | 23,900  | 23,900  |
| 903066                                                            |                              | PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO]                                                                                                                              | 1    | 66,100  | 66,100  |
| 904921                                                            |                              | TIROXINA LIBRE                                                                                                                                                                                 | 1    | 90,200  | 90,200  |
| 903868                                                            |                              | TRIGLICERIDOS                                                                                                                                                                                  | 1    | 25,200  | 25,200  |
| 904902                                                            |                              | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES                                                                                                                                                               | 1    | 118,600 | 118,600 |
| 903026                                                            |                              | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL                                                                                                                                                 | 1    | 62,600  | 62,600  |
| 903706                                                            |                              | VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]                                                                                                                                               | 1    | 181,200 | 181,200 |
| URGENCIAS                                                         |                              |                                                                                                                                                                                                |      |         |         |
| 903839                                                            |                              | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)                                                                                                                                                    | 1    | 83,800  | 83,800  |
| Consulta y Honorarios Médicos                                     |                              |                                                                                                                                                                                                |      |         |         |
| 890701                                                            |                              | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL                                                                                                                                                     | 1    | 81,605  | 81,605  |
| Insumos                                                           |                              |                                                                                                                                                                                                |      |         |         |
| 3000055000021                                                     |                              | JERINGA P/GASES ARTERIALES .                                                                                                                                                                   | 1    | 7,502   | 7,502   |

|                                                                           |  |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------|
| SUBTOTAL:                                                                 |  | 1,263,907        |
| Copago: 0%                                                                |  | 0                |
| Descuento: 0%                                                             |  | 0                |
| Cuota Moderadora:                                                         |  | 0                |
| <b>NETO A PAGAR:</b>                                                      |  | <b>1,263,907</b> |
| SON: UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS MCTE |  |                  |

Firmas:
 

VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ  
 Facturador

RUTH OMAIRA ERAZO IBARRA

|                                                                                              |                                       |                                                                                                  |                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA<br> | ELABORADO:<br>Coordinador Facturación | REVISADO:<br> | APROBADO:<br> |
| CARGO                                                                                        |                                       | Coordinador S.G.C.                                                                               | Gerente General                                                                                    |





**Clinizad**  
Laboratorio de Especialidades

## SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO

Código: F-CC006

Versión: 09

Emisión: 14/02/24

Numero de Identificación: 2707471 Fecha de atención: 17 03 26

Nombres Completos: Ruth L. Olvera Edad: 80

Nombre Médico: David Jasso

### HEMATOLOGIA

- ☒ CUADRO HEMATICO (H4)
- ☐ HEMOCLASIFICACION (GS)
- ☐ HEMOPARASITOS (HEM)
- ☐ TIEMPO DE PROTOMINA (PT)
- ☐ TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)
- ☐ VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN (VSG)

### INMUNOLOGIA

- ☐ ANTIESTREPTOLISINAS ASTOS (CUANTIASTOS)
- ☐ FACTOR R.A (CUANTIRATEST)
- ☐ PROTEINA C REACTIVA (CUANTIPCR)
- ☐ EMBARAZO PRUEBA DE SANGRE (PE)
- ☐ SEROLOGIA-VDRL

### QUIMICA SANGUINEA

- ☐ GLICEMIA (GLU)
- ☒ GLICEMIA PRE Y POS PRANDIAL (GLUPPP)
- ☐ GLICEMIA PRE Y POS CARGA (GLUPPPC)
- ☐ TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)
- ☐ TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)
- ☐ FOSFATASA ALCALINA (FAL)
- ☒ PERFIL LIPIDICO (PFL)
- ☐ ALBUMINA (ALB)
- ☒ CALCIO (CAL)
- ☐ ACIDO URICO (AU)
- ☒ CREATININA EN SUERO (CRE)
- ☐ NITROGENO UREICO (BUN)
- ☐ BILIRRUBINAS (BTD)
- ☒ POTASIO (K)
- ☒ HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBAIC)
- ☒ MICROALBUMINURIA (MICALB)
- ☒ SODIO (NA)

### MICROSCOPIA Y UROANALISIS

- ☒ PARCIAL DE ORINA (PO)
- ☐ DROGAS DE ABUSO (DA)
- ☐ COPROLOGICO (COPRO)
- ☐ COPROSCOPICO (COPROS)
- ☐ SANGRE OCULTA (SO)
- ☐ FROTIS VAGINAL (SV)
- ☐ KOH

### MICROBIOLOGIA

- ☐ UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA (UROCULMIC)
- ☐ CULTIVO PARA HONGOS (CHMS)
- ☐ CULTIVO PARA MICROORGANISMOS (CGCMIC)

### INMUNOQUIMICA

- ☐ T3 TOTAL (T3)
- ☐ T3L
- ☐ T4 TOTAL (T4)
- ☒ T4L
- ☒ TSH
- ☐ LH
- ☐ FSH
- ☐ BHCG
- ☐ PROLACTINA (PRL)
- ☐ ANTIGENO DE PROSTATA (PSA)
- ☐ HORMONA PARATIROIDEA (PTH)
- ☐ CORTISOL (COR)
- ☐ VITAMINA B12 (V12)
- ☐ SOMATOMEDINA C (SOMAC)
- ☐ VITAMINA D1.25 (D3)
- ☐ HORMONA DE CRECIMIENTO (HGH)
- ☒ VITAMINA D-25 HIDROXI (VD25)
- ☐ TOXOPLASMA IGG (TOXOG)
- ☐ TOXOPLASMA IGM (TOXOM)
- ☐ RUBEOLA IGG (RUG)
- ☐ RUBEOLA IGM (RUM)
- ☐ HERPES TIPO 1 IGG (HIG)
- ☐ HERPES TIPO 1 IGM (HIM)
- ☐ HERPES TIPO 2 IGG (H2G)
- ☐ HERPES TIPO 2 IGM (H2M)
- ☐ CITOMEGALOVIRUS IGG (CMG)
- ☐ CITOMEGALOVIRUS IGM (CMM)
- ☐ HEPATITIS B ACS CONTRA ANTIG HBC (ANTIHBS)
- ☐ HIV ANTICUERPOS - HIV 1-2 (HIV)
- ☐ HIV CUARTA GENERACIÓN (HIV4G)
- ☐ HIV WESTERN BLOTTING (WESTERN)
- ☐ HEPATITIS C ACS TOTALES (HVC)
- ☐ HEPATITIS A ACS IGM (HAM)
- ☐ HEPATITIS A ACS IGG (HAGG)
- ☐ CHLAMYDIA IGM (CLAG)
- ☐ CHLAMYDIA IGG (CLAM)



**MICROBACTERIAS**

- ☐ BACILOSCOPIA (BK)
- ☐ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (Medio Líquido) (MTCULTIVO)
- ☐ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PCR (SENMTPCR)
- ☐ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION PCR (MTPCR)

**BIOLOGÍA MOLECULAR**

- ☐ HIV CARGA VIRAL (HIVCV)
- ☐ VPH (VPHPCR)
- ☐ RT PCR SARSCOV2 (COVID19PCR)

**CITOMETRÍA DE FLUJO**

- ☐ LINFOCITOS CD3 - CD4 - CD8 (CD348)
- ☐ HLA-B-27 (HLAB27)

**INMUNOFLOURESCENCIA**

- ☐ MITOCONDRIA ANTICUERPO (AMA)
- ☐ ACDNA
- ☐ ANCA
- ☐ ANAS

**CITOLOGÍA**

- ☐ CITOLOGÍA CERVICOUTERINA (CITO)
- ☐ CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA (CCUBL)

**OTROS:**

nt pro bnp.

*Dra. Karen Lasso*  
Médico Especialista en  
Medicina Interna y Nefrología  
R.M. 522087 - 1085270287

NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO

**DATOS PARA DILIGENCIAR POR PACIENTE**

Cel o Tel: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: **DIA MES AÑO**  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Medicamento que toma: \_\_\_\_\_

**CENTRO DE CONTACTO CLINIZAD Tel.: (602) 724 4387 Opc. 0****PASTO**

|                    |                                       |              |
|--------------------|---------------------------------------|--------------|
| <b>SAN IGNACIO</b> | Carrera 33 No. 12A-44 Local 203       | Opc. 1       |
| <b>VERSALLES</b>   | Carrera 32B No. 19-02 B/Versalles     | Opc. 2       |
| <b>RIVIERA</b>     | Carrera 35A No. 20-10 Consultorio 210 | Opc. 3       |
| <b>BOLIVAR</b>     | Cra 13 No. 20-57 B. El Recuerdo       | Opc. 501-503 |

**IPIALES**

|                   |                                    |          |
|-------------------|------------------------------------|----------|
| <b>SAN FELIPE</b> | Carrera 4A No. 14-05 B./San Felipe | Opc. 6-7 |
| <b>FUTURO</b>     | Carrera 4No. 14-23 B./San Felipe   | Opc. 606 |

**NORTE DE NARIÑO**

|                 |                                       |          |
|-----------------|---------------------------------------|----------|
| <b>LA UNIÓN</b> | Carrera 1 No. 14-60 B./Niño Dios      | Opc. 703 |
| <b>LA CRUZ</b>  | Cra.10 Calle 8 Esquina B/ San Antonio | Opc. 701 |

**TUMACO**

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Calle Sucre No. 132 | Opc. 8 |
|---------------------|--------|

clienteclinizad@gmail.com

Whatsapp: 318 827 0417

@ClinizadLaboratoriodeEspecialidades

@Clinizadlab

www.clinizad.com



**INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS PROTEGEMOS SALUD Y BIENESTAR SAS**

Nit: 900589666-8

SIIPS Web 5.0.0

Cód Prestador: 520010204201

Atención en: IP (86UW/LA7TH)

Dirección: CR 35 A 20 10 AVENIDA LOS ESTUDIANTES ED CENTRO MEDICO LA RIVIERA

Teléfonos: 3183531679

PASTO

191757199d563e23e4e0e4d693f7da4

Solicitud Servicios/Recomendaciones: 2230

Paciente: CC 27074121

RUTH OMAIRA ERAZO IBARRA

Fecha de Solicitud: 2026-03-19

Admisión: 1-2195

Entidad:

MEDICINA Y ESPECIALIDADES PROTEGEMOS

Aseguradora:

PARTICULAR

Fecha de Nacimiento:

1945-04-20

Edad: 80 Años 10 Meses 27 Dias

Sexo: Femenino

Dirección:

MARIA PAZ PASTO

Teléfono: 3136010825

Dx:

(J449) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA

| Código | Descripción                                                                                              | Cant. | Und | Observar/Posología | Nivel |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|--------------------|-------|
| 903839 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) Principio: Concentración: Forma: Und: UND ATC: 903839 Via: - | 1.0   | UND |                    | 2     |

Total Registros 1

KAREN GISELLE LASSO LATORRE RM: 67178- 129572  
MEDICINA INTERNA**INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS PROTEGEMOS SALUD Y BIENESTAR SAS**

Nit: 900589666-8

SIIPS Web 5.0.0

Cód Prestador: 520010204201

Atención en: IP (86UW/LA7TH)

Dirección: CR 35 A 20 10 AVENIDA LOS ESTUDIANTES ED CENTRO MEDICO LA RIVIERA

Teléfonos: 3183531679

PASTO

0dae0dda844eb6734e1f0aa21669fcae

Solicitud Servicios/Recomendaciones: 2231

Paciente: CC 27074121

RUTH OMAIRA ERAZO IBARRA

Fecha de Solicitud: 2026-03-19

Admisión: 1-2195

Entidad:

MEDICINA Y ESPECIALIDADES PROTEGEMOS

Aseguradora:

PARTICULAR

Fecha de Nacimiento:

1945-04-20

Edad: 80 Años 10 Meses 27 Dias

Sexo: Femenino

Dirección:

MARIA PAZ PASTO

Teléfono: 3136010825

Dx:

(J449) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

| Código | Descripción                                                                                                                     | Cant. | Und | Observar/Posología | Nivel |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|--------------------|-------|
| 893805 | ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES Principio: Concentración: Forma: Und: UND ATC: 893805 Via: - | 1.0   | UND |                    | 2     |

Total Registros 1

KAREN GISELLE LASSO LATORRE RM: 67178- 129572  
MEDICINA INTERNA





30.733.390-B

**RUTH OMAIRA  
ERAZO IBARRA**

C.C. 27.074.121 de Pasto

RH: O+

Fecha de Nacimiento 20/04/1945

REGIONAL NARIÑO  
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.074.121

ERAZO IBARRA

APellidos  
RUTH OMAIRA

Nombre  
*Ruth Omaira Erazo Ibarra*

FECHA



**Maria Cristina Tovar**

Nombre del Funcionario o Pensionado:

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

ESPECIALIZADA

*William Orlando Narváez Marcell*

William Orlando Narváez Marcell



FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1945

PASTO (NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 O+ F

ESTATURA G.B. RH SEXO

13-FEB-1969 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NA 005854707A

005854707A

005854707A