Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: FEV-140032	Código Único de Factura - CUFE: 12a9a35f7aa29c39ff3d3a3a0a6ef50e8c97daa247a4d888563e76dc3d290cae917b752a960de822d35bd7304917be01	
Fecha de Emisión	30/04/2021	Fecha de Vencimiento	30/04/2021
Tipo de Operación	Estándar	Prefijo	FEV
Tipo de Negociación	Contado	Medio de Pago	Acuerdo mutuo
Tipo de Entrega			

Datos del Emisor	Nit del Emisor: 900197094	Razón Social:	IPS Kinesis SAS
Nombre Comercial	IPS Kinesis SAS		
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Dirección	Calle 22 No 9-86
Régimen Contable	Régimen Ordinario	Departamento	NARIÑO PASTO
Actividad Económica Principal		Correo	
Tipo Responsabilidad	O-47	Municipio	PASTO
		Teléfono	

Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 899999034	Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CLL 22 N 11E 05 VIA ORIENTE
Número Documento	899999034	Departamento	NARIÑO PASTO
Nombre Comercial	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	Municipio	PASTO
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Régimen Contable	Régimen Ordinario	Teléfono	
Tipo de Responsabilidad	O-47		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	
1		13750|TERAPIA FISICA DOMICILIARIA		30,00	$ 41.625,00			$ 0,00			$ 1.248.750,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto
1	Descuento		Descuento	0,00	$ 0,00

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

#$36-02-00-52-000000;CO1.PCCNTR.1552257;sviteri@sena.edu.co#$

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	1.248.750,00
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	1.248.750,00
Total impuesto detalle (+)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	1.248.750,00
Descuento Global (-)	$	0,00
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	1.248.750,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764001936352 Rango Autorizado: Desde 134866 Rango Autorizado: Hasta 200000 Vigencia: 2021-08-11

CUFE: 12a9a35f7aa29c39ff3d3a3a0a6ef50e8c97daa247a4d888563e76dc3d290cae917b752a960de822d35bd7304917be01

IPS KINESIS S.A.S NIT 900197094-2

Principal Calle 22 No. 9-86 P. Bolivar - Sucursal Calle 12 No. 32-58 Aurora

Atencion al Cliente 7218522 - 7227610 - www.ipskinesis.com

PASTO - COLOMBIA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA **FEV** **140032**

Fecha: 30/04/2021 12:59 **Estado de Pago:** CONTADO **Atención:** Ambulatoria

Administradora: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NARIÑO **Contrato:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Nit:** 899999034-1

Paciente: CARLOS DANIEL PEÑA VELEZ **Identifica:** TI 1030020551 **Edad:** 13 a 4 m 26 d **Num Historia:** 1030020551

Télefono: 3104744706 - 3007754831 **Carné:**

Tipo de afil: Cotizante/Afiliado **Ingreso:** 27/02/2021 14:08 **Egreso:** 30/04/2021 12:59

Nivel afil: AFILIADO **Fech Egre Adm:** **Consecutivo Interno:** 54686

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
890111	167	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA. POR FISIOTERAPIA	30.00	41.625,00	0,00	1.248.750,00

Total Servicios	**1.248.750,00**	**Comisiones**	0,00
Copagos	0,00	**Descuentos**	0,00
C/Moderadora	0,00	**Iva**	0,00
Total Paciente	0,00	**Saldo APB**	**1.248.750,00**

Valor Paciente: CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Saldo APB: UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

I.P.S. Kinesis S.A.S. MUEVE TU VIDA! Nit. 900.197.094-2 Tel. 721 8522 - 722 7610 www.ipskinesis.com

FIRMA PACIENTE

HUELLA

RESPONSABLE FACTURACION

MARIO FERNANDO DIAZ ARCINIEGAS

Esta Factura de Venta se asemeja en todos sus efectos legales a la letra de cambio (Art. 779 del codigo de Comercio) Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y/o servicios descritos en este título - Valor. Numero Resolución 18764001936352 aprobado en 2020-08- 11 desde el número FEV 00000134866 hasta FEV 00000200000

TI= 1.030.020.551

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 167 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 15/02/2021

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: KINESIS	TERAPIA FISICA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

AL SEÑOR: CARLOS DANIEL PEÑA VELEZ	CARNE No. 13073297-A
FAMILIAR DE. JUAN CARLOS PEÑA	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☒ HNO ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

TERAPIA FISICA INTEGRAL DOMICILIARIA SESIONES # 30
PARA MANEJO DE LA MARCHA Y TONO MUSCULAR

OBSERVACIONES:

ANORMALIDADES DE LA MARCHA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Dra. Claudia Lucia Revelo J
MEDICO GENERAL
MEDICINA ASESORIAS
RM. 527446

COORDINADOR

RECIBI _____

C.C.No.

NARIÑO

13073297-A



CARLOS DANIEL
PEÑA VELEZ
R.C. 36936571
RH:O+
Fecha de nacimient 4 DIC 2007

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

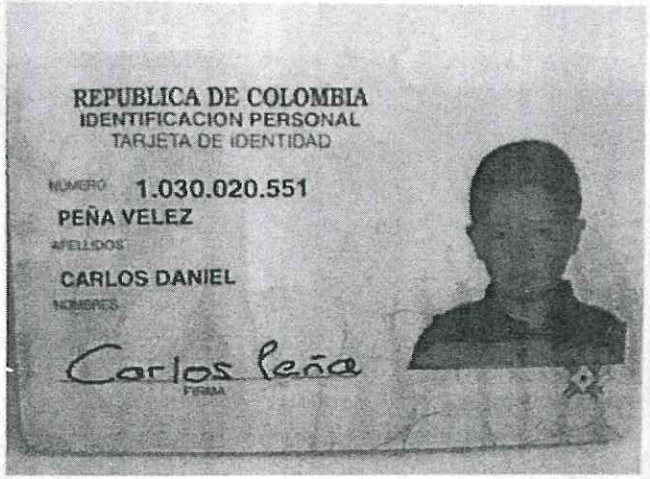
JUAM CARLOS PEÑA CAICEDO

Nombre del Funcionario o Pensionado

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

Emilio Humberto Ceròn Lass

Escaneado con CamScanner





Escaneado con CamScanner

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 03 del 10/05/2021	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	**Dirección Regional Nariño.**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**SONIA NARDET VITERI ROSERO**
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	N/A
CONTRATO No:	**CO1.PCCNTR.1552257**
TIPO DE CONTRATO:	**Minima Cuantia**
OBJETO:	Prestar servicios de terapias de rehabilitación para los beneficiarios del servicio médico asistencial en pasto Sena regional Nariño
VALOR:	$ 4.000.000
CONTRATISTA:	**IPS KINESIS S.A.S**
NIT:	**900197094-2**
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Municipio de Pasto – SENA Regional Nariño
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	11 de mayo del 2020
FECHA DE INICIO:	13 de mayo del 2020
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	13 de mayo del 2020 al 11 de diciembre del año 2020
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 4.000.000
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO:	$ 4.000.000
PRÓRROGA No : 1	prorrogar el contrato No **CO1.PCCNTR.1552257** de 2020, en diecinueve (19) días más, es decir hasta el 30 de diciembre de 2020.
PRÓRROGA No : 2	prorrogar el contrato No **CO1.PCCNTR.1552257** de 2020, en ciento ochenta (180) días más, es decir hasta el 30 de junio de 2021.
FORMA DE PAGO:	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a pagar el valor del contrato subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto de la siguiente manera: El Sena pagara dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura o cuenta de cobro por parte del

	contratista las cuales deben presentarse en los cinco primero días, vencido el mes de haber prestado los servicios de salud, y satisfacción por parte del Supervisor. Para la realización de cualquier pago el contratista deberá acreditar previamente encontrarse al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscal. Si las facturas no han sido bien elaboradas o no se acompañan de los documentos que la respalde los términos anteriores solo empezaran a contarse desde la fecha en que quede corregida la cuenta o factura o desde aquella en que se allá aportado los documentos. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del proveedor, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. El SENA efectuará al CONTRATISTA 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. Los pagos se realizaran teniendo en cuenta las tarifas de la Resolución 1262 de 2016 y la oferta presentada por el proponente. .

OBLIGACIONES (Incluya todas las obligaciones contractuales)	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
Prestar el servicio de terapias de rehabilitación fisica para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos, mediante el carné vigente y la orden de atención expedida por el médico asesor de la Regional Nariño, la cual será válida por un mes		**Prestación de servicios mediante orden expedida por la medica asesora del sena junto con la fotocopia de la cedula y carnet**

Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo		
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		
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**		**Entrega y cargue en plataforma secop con todos los soportes solicitados para tramite de pago**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad		
El contratista deberá dar cumplimiento a sus obligaciones frente al sistema de Seguridad Social Integral, Parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA, ICBF), durante la vigencia del contrato, de conformidad con las normas vigentes.		**Planilla de pago numero 7787184692**

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.		
El Contratista deberá entregar a la Entidad con el primer pago la Certificación expedida por ARL del Nivel de Riesgo al cual pertenece		**Los documentos fueron entregados y revisados**
El Contratista deberá presentar ante el SENA junto con el primer pago la certificación de qu cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y que se encuentra en implementación, certificación que debe ser firmado por un Profesional en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con licencia en Salud Ocupacional o en Seguridad y Salud en el Trabajo vigente, en concordancia con el Artículo 5 de la Resolución 1111 de 2017		**Los documentos fueron entregados y revisados**

FECHA (Con corte al periodo a informar)	**No. DE CUENTA DE COBRO**	**VALOR A CANCELAR**	**VALOR EJECUTADO**	**SALDO DEL CONTRATO**	**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA**
Mes de abril del 2021	**03/21**	**$ 1.248.750**	**$ 3.684.375**	**$ 315.625**	

OBSERVACIONES

en desarrollo de las funciones de supervisión me permito certificar mediante la presente Acta que: EL CONTRATISTA **IPS KINESIS S.A.S identificado con NIT N°. 900197094-2** ha cumplido a satisfacción con el objeto del Prestar servicios de terapias de rehabilitación para los beneficiarios del servicio médico asistencial en pasto Sena regional Nariño, Identificado al inicio de esta acta, razón por la cual se le debe reconocer por concepto de pago de la Cuenta de cobro número **03/21** correspondiente al mes de abril del 2021 por la suma de **($ 1.248.750)** correspondiente al cumplimiento del objeto contractual

Adicional a lo anterior, certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto del pago solicitado, y que es procedente la ordenación de pago respectiva, Igualmente certifico que **se ha dado cumplimiento a las obligaciones señaladas en el Manual de Supervisión e Interventoría del SENA y el Estatuto Anticorrupción**, y entre las cuales se encuentra la verificación de que el contratista se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, aportes parafiscales

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

Supervisor: **SONIA NARDET VITERI ROSERO**

Cargo: **LIDER SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

CC No. **30728850**

Elaboró: Diego Guerrero Apoyo SMA

.Revisó: Sonia Nardet Viteri, líder SMAy SST