

Señores: JEFATURA DE SALUD DE FUERZA AEREA		Fecha: 09/02/2024 Vencimiento: 09/02/2024	
Nit: 901440176	Telefono 6013487030	Elaboro: JULIA EVA TORRES CARDONA	
Direccion: AV CARACAS 66 -24	Ciudad SAN ANDRES	F.Pago: CREDITO	

Codigo	Descripcion	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
12	CONSULTA ESPECIALIZADA			
890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	1	\$81,625	\$81,625
		1	\$81,625	\$81,625

CONCEPTO: PACIENTE:HECTOR ALEJANDRO QUIROZ VIVAS-NUM ID:CC-1031801741 ADMISION:149645 AUTORIZACION:200125
FECHA SERVICIO:08/02/2024 CONTRATO:128-04-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2023

Son: OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE

- Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra cambio segun art. 774 del c.c
Resolucion Fac. Electronica Numero: 18764058424120 F.Desde 2023-10-23F.Hasta 2024-10-23 Prefijo FE Desde 24547 Hasta 30000
Fecha y Hora de Generación vie, 9 feb 2024 09:41:42 -0500 Fecha y Hora de Validación: 2024-02-09T09:42:06
- Cufe: 574732cb706caec23c1254f06d249117604bc36f992f719fff77fa36318580fcc320718d15d1a27c8217e510c5be0cc6
- Impreso por: CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S.
- Codigo de Prestador de Salud: 880010019101



Subtotal:	\$81,625
Copago:	\$0
Moderadora:	\$0
Descuento:	\$0
Total	\$81,625

Con la presente firma autorizo expresamente de manera permanente e irrevocable a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. para consultar, investigar, reportar, divulgar y analizar toda informacion referida a mi comportamiento crediticio y comercial, en las centrales de riesgo y en las compañías de credito y cobranza. La informacion registrada en este documento se considera confidencial y solo se utilizara para documentar el historial crediticio del cliente, socios o accionistas a quienes se hace extensiva esta autorizacion. Exonero(amos) de toda responsabilidad a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. y a la entidad propietaria del archivo en la que se registra la informacion por los prejuicios que yo (nosotros) pueda o podamos sufrir a consecuencia de dicho registro. Clausula aceleratoria: El no pago en el plazo otorgado, podra CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. hacer exigible el pago de la totalidad de la obligacion aqui pactada. En caso de pago después de vencido el plazo, se cobrará al deudor intereses de mora (Ley 45 de 1990, art. 65) a la tasa máxima permitida por la ley (Art. 884 Cód. Cio).

Señores: JEFATURA DE SALUD DE FUERZA AEREA		Fecha: 13/02/2024 Vencimiento: 13/02/2024	
Nit: 901440176	Telefono 6013487030	Elaboro: JULIA EVA TORRES CARDONA	
Direccion: AV CARACAS 66 -24	Ciudad SAN ANDRES	F.Pago: CREDITO	

Codigo	Descripcion	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
12	CONSULTA ESPECIALIZADA			
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	\$81,625	\$81,625
		1	\$81,625	\$81,625

CONCEPTO: PACIENTE:ARLEY STIVEN SALAMANCA MENDOZA-NUM ID:CC-1022322277 ADMISION:149830 AUTORIZACION:119444
FECHA SERVICIO:12/02/2024 CONTRATO:128-04-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFS-2023

Son: OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE

- Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra cambio segun art. 774 del c.c
Resolucion Fac. Electronica Numero: 18764058424120 F.Desde 2023-10-23F.Hasta 2024-10-23 Prefijo FE Desde 24547 Hasta 30000
Fecha y Hora de Generación mar, 13 feb 2024 11:02:18 -0500Fecha y Hora de Validación: 2024-02-13T11:02:47
- Cufe: a87d1e06c38aeb3e7072f844a04c8f69340d2a2f08cdd4a466593ed12ed30c73b4361d52da219b0b0db195fbd4b263e3
- Impreso por: CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S.
- Codigo de Prestador de Salud: 880010019101



Subtotal:	\$81,625
Copago:	\$0
Moderadora:	\$0
Descuento:	\$0
Total	\$81,625

Con la presente firma autorizo expresamente de manera permanente e irrevocable a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. para consultar, investigar, reportar, divulgar y analizar toda informacion referida a mi comportamiento crediticio y comercial, en las centrales de riesgo y en las compañías de credito y cobranza. La informacion registrada en este documento se considera confidencial y solo se utilizara para documentar el historial crediticio del cliente, socios o accionistas a quienes se hace extensiva esta autorizacion. Exonero(amos) de toda responsabilidad a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. y a la entidad propietaria del archivo en la que se registra la informacion por los prejuicios que yo (nosotros) pueda o podamos sufrir a consecuencia de dicho registro. Clausula aceleratoria: El no pago en el plazo otorgado, podra CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. hacer exigible el pago de la totalidad de la obligacion aqui pactada. En caso de pago después de vencido el plazo, se cobrará al deudor intereses de mora (Ley 45 de 1990, art. 65) a la tasa máxima permitida por la ley (Art. 884 Cód. Cio).

Señores: JEFATURA DE SALUD DE FUERZA AEREA

Nit: 901440176

Telefono 6013487030

Direccion: AV CARACAS 66 -24

Ciudad SAN ANDRES

Fecha: 27/02/2024 Vencimiento: 27/02/2024

Elaboro: JULIA EVA TORRES CARDONA

F.Pago: CREDITO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
12	CONSULTA ESPECIALIZADA			
890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	1	\$81,625	\$81,625
		1	\$81,625	\$81,625

CONCEPTO: PACIENTE:JULIAN ANDRES LOZANO RODRIGUEZ-NUM ID:CC-1016713330 ADMISION:150326 AUTORIZACION:379244
FECHA SERVICIO:21/02/2024 CONTRATO:128-04-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2023

Son: OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE

- Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra cambio segun art. 774 del c.c
Resolucion Fac. Electronica Numero: 18764058424120 F.Desde 2023-10-23F.Hasta 2024-10-23 Prefijo FE Desde 24547 Hasta 30000
Fecha y Hora de Generación mar, 27 feb 2024 17:00:21 -0500Fecha y Hora de Validación: 2024-02-27T17:00:43
- Cufe: adbd71e22992994d37371e077dde9270026f76f61b8ff770f5508819f1684f9ee93b38a26589fd69772a40597e753d7
- Impreso por: CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S.
- Codigo de Prestador de Salud: 880010019101



Subtotal:	\$81,625
Copago:	\$0
Moderadora:	\$0
Descuento:	\$0
Total	\$81,625

Con la presente firma autorizo expresamente de manera permanente e irrevocable a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. para consultar, investigar, reportar, divulgar y analizar toda informacion referida a mi comportamiento crediticio y comercial, en las centrales de riesgo y en las compañías de credito y cobranza. La informacion registrada en este documento se considera confidencial y solo se utilizara para documentar el historial crediticio del cliente, socios o accionistas a quienes se hace extensiva esta autorizacion. Exonero(amos) de toda responsabilidad a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. y a la entidad propietaria del archivo en la que se registra la informacion por los prejuicios que yo (nosotros) pueda o podamos sufrir a consecuencia de dicho registro. Clausula aceleratoria: El no pago en el plazo otorgado, podra CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. hacer exigible el pago de la totalidad de la obligacion aqui pactada. En caso de pago después de vencido el plazo, se cobrará al deudor intereses de mora (Ley 45 de 1990, art. 65) a la tasa máxima permitida por la ley (Art. 884 Cód. Cio).

Señores: JEFATURA DE SALUD DE FUERZA AEREA		Fecha: 29/02/2024 Vencimiento: 29/02/2024	
Nit: 901440176	Telefono 6013487030	Elaboro: JULIA EVA TORRES CARDONA	
Direccion: AV CARACAS 66 -24	Ciudad SAN ANDRES	F.Pago: CREDITO	

Codigo	Descripcion	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
12	CONSULTA ESPECIALIZADA			
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO EN OFTALMOLOGIA	1	\$83,625	\$83,625
		1	\$83,625	\$83,625

CONCEPTO: PACIENTE:ARLEY STIVEN SALAMANCA MENDOZA-NUM ID:CC-1022322277 ADMISION:150857 AUTORIZACION:119445
FECHA SERVICIO:29/02/2024 CONTRATO:128-04-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFS-2023

Son: OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE

- Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra cambio segun art. 774 del c.c
Resolucion Fac. Electronica Numero: 18764058424120 F.Desde 2023-10-23F.Hasta 2024-10-23 Prefijo FE Desde 24547 Hasta 30000
Fecha y Hora de Generación jue, 29 feb 2024 17:27:32 -0500 Fecha y Hora de Validacion: 2024-02-29T17:27:55
- Cufe:
- Impreso por: CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S.
- Codigo de Prestador de Salud: 880010019101



Subtotal:	\$83,625
Copago:	\$0
Moderadora:	\$0
Descuento:	\$0
Total	\$83,625

Con la presente firma autorizo expresamente de manera permanente e irrevocable a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. para consultar, investigar, reportar, divulgar y analizar toda informacion referida a mi comportamiento crediticio y comercial, en las centrales de riesgo y en las compañías de credito y cobranza. La informacion registrada en este documento se considera confidencial y solo se utilizara para documentar el historial crediticio del cliente, socios o accionistas a quienes se hace extensiva esta autorizacion. Exonero(amos) de toda responsabilidad a CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. y a la entidad propietaria del archivo en la que se registra la informacion por los prejuicios que yo (nosotros) pueda o podamos sufrir a consecuencia de dicho registro. Clausula aceleratoria: El no pago en el plazo otorgado, podra CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL S.A.S. hacer exigible el pago de la totalidad de la obligacion aqui pactada. En caso de pago después de vencido el plazo, se cobrará al deudor intereses de mora (Ley 45 de 1990, art. 65) a la tasa máxima permitida por la ley (Art. 884 Cód. Cio).

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL
DE
CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL SAS
NIT 900.343.773-1**

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con los libros y soportes contables, por el año 2024; la Sociedad ha venido cumpliendo con el pago de sus obligaciones laborales y aportes tales como: Sistema de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones, Aportes a Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje.

La presente certificación se expide a los cuatro (04) días del mes de Marzo de 2024, con destino a QUIEN INTERESE.



Diana Marcela Romero Jimenez
Revisor Fiscal
TP No. 99275-T



CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBALL SAS
NIT: 900343773-1
Edificio Aniro, Avenida Providencia - Cra 2 N° 4-93 - Piso 5
PBX: + 578 5128568 - 318 827 8598

www.clinicalyndnewball.com
info@clinicalyndnewball.com

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900343773-1	CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBAL SAS		AVENIDA PROVIDENCIA	5128568	administracion.2@clinicalyndne wbail.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75518003	230
					TOTAL A PAGAR
					\$20.923.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	2.957.600	0		0		0	0	0	0	2.957.600	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.230.100	0		0		0	0	0	0	1.230.100	13
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	79.200	0		0		0	0	0	0	79.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	453.400	0		0		0	0	0	0	453.400	6

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	7.192.400	0	0	59.200	59.200	0	0		7.310.800	16
231001	Colfondos	800227940-6	316.600	0	0	0	0	0	0		316.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.051.200	0	0	59.200	59.200	0	0		3.169.600	5

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.573.000				1.573.000	0	0	1.573.000			15.730	1.573.000	22

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.077.600	0	0	1.077.600	4
CCF64	Cajasai	892400320-5	1.521.000	0	0	1.521.000	18

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900343773-1	CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBAL SAS		AVENIDA PROVIDENCIA	5128568	administracion.2@clinicalyndne wbail.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS	
						SI

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
473.200	0	0	473.200	2
ICBF				
709.800	0	0	709.800	2
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					23 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75518003	\$20.923.900

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	4.772.300	4.772.300
Pensión	3	10.797.000	10.797.000
Riesgos Laborales	1	1.573.000	1.573.000
CCF	2	2.598.600	2.598.600
ESAP	0	0	0
ICBF	1	709.800	709.800
MEN	0	0	0
SENA	1	473.200	473.200
TOTALES	13	20.923.900	20.923.900

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900343773-1	CENTRO OFTALMOLOGICO LYND NEWBAL SAS		AVENIDA PROVIDENCIA 5128568	5128568	administracion.2@clinicalyndne wball.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		
							SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					23	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75518003	\$20.923.900	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]