



YANETH CONSUELO RINCÓN PULIDO
ABOGADA

Facatativá, julio 19 de 2023

Señor
JUEZ PRIMERO PROMISCOUO DE FAMILIA DE FACATATIVA
La Ciudad

Ref.	Alimentos No. 2017 – 00107
De:	Sandra Julieth Rivera Forero
Contra.	José Francisco Rivera Martínez

Respetado Señor Juez:

En mi calidad de apoderada de la parte demandante, atentamente me permito presentar la liquidación del crédito, de conformidad con lo preceptuado en el Art. 446 del C.G.P.

1. En lo que respecta a las CUOTAS DE ALIMENTOS ADEUDAS

- a) La suma de \$ 1'376.574 por las cuotas de alimentos de julio a diciembre de 2020, a razón de \$229.429 cada una
- b) La suma de \$ 2'849.508 por las cuotas de alimentos de enero a diciembre de 2021, a razón de \$237.459 cada una
- c) La suma de \$ 3'134.448 por las cuotas de alimentos de enero a diciembre de 2022, a razón de \$261.204 cada una
- d) La suma de \$ 1'969.474 por las cuotas de alimentos de enero a 15 de julio de 2023, a razón de \$302.996 cada una

**VALOR TOTAL DE CUOTAS ALIMENTARIA DE JULIO DE 2020 A 15
DE JULIO DE 2023 \$ 9'330.004**

2. En lo que respecta a los JUEGOS DE ROPA

- a) La suma de \$ 576.684 por los juegos de ropa de diciembre y cumpleaños de 2020, a razón de \$ 288.342 cada una
- e) La suma de \$ 895.299 por los juegos de ropa de junio, diciembre y cumpleaños de 2021 de \$298.433 cada una
- f) La suma de \$ 991.095 por los juegos de ropa de junio, diciembre y cumpleaños de 2022 de \$330.365 cada una
- g) La suma de \$ 383.223 por el juego de ropa de junio de 2023 de \$383.223



YANETH CONSUELO RINCÓN PULIDO
ABOGADA

VALOR TOTAL DE JUEGOS DE ROPA DE LOS AÑOS 2020 A 2023
..... **\$ 2'846.301**

3. En lo que respecta a los GASTOS EDUCATIVOS

- a) La suma de \$ 598.000 por el total de los gastos educativos correspondientes al año 2021.
- b) La suma de \$ 241.300 por el total de los gastos educativos correspondientes al año 2022.
- c) La suma de \$ 657.000 por el total de los gastos educativos correspondientes al año 2023.

VALOR TOTAL DE GASTOS EDUCATIVOS \$ 1.496.300

4. En lo que respecta a los GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS POR LA EPS

- a) La suma de \$ 98.400 por gastos de copagos y transportes para desplazamiento a cumplir citas médicas en Bogotá, durante el año 2020.
- b) La suma de \$ 754.800 por gastos de copagos y transportes para desplazamiento a cumplir citas médicas en Bogotá durante el año 2021.
- c) La suma de \$ 1'886.726 por gastos de copagos y transportes para desplazamiento a cumplir citas médicas en Bogotá durante el año 2022.
- d) La suma de \$ 207.000 por gastos de copagos y transportes para desplazamiento a cumplir citas médicas en Bogotá, hasta el 15 de julio de 2023.

VALOR TOTAL DE GASTOS DE SALUD NO CUBIERTOS POR LA EPS..... \$ 2'946.926

5. En lo que respecta a los INTERESES CAUSADOS SOBRE LAS CUOTAS ALIMENTARIAS

La suma de \$ 1.008.977 por los intereses causados al 0.6% sobre las cuotas alimentarias de julio de 2020 a julio 15 de 2023.



YANETH CONSUELO RINCÓN PULIDO
ABOGADA

CAPITAL	TASA DE INTERES	PERIODO	No. de Dias	VALOR INTERESES
\$ 229.429,00	0.60%	julio 1 a julio 31 de 2020	31	\$ 1.422,00
\$ 458.858,00	0.60%	agosto 1 a agosto 31 de 2020	31	\$ 2.844,00
\$ 688.287,00	0.60%	septiembre 1 a septiembre 30 de 2020	30	\$ 4.130,00
\$ 917.716,00	0.60%	octubre 1 a octubre 31 de 2020	31	\$ 5.690,00
\$ 1.147.145,00	0.60%	noviembre 1 a noviembre 30 de 2020	30	\$ 6.883,00
\$ 1.376.574,00	0.60%	Diciembre 1 a diciembre 31 2020	31	\$ 8.535,00
\$ 1.614.033,00	0.60%	Enero 1 a enero 31 de 2021	31	\$ 10.007,00
\$ 1.851.492,00	0.60%	Febrero 1 a febrero 28 de 2021	28	\$ 10.368,00
\$ 2.088.951,00	0.60%	Marzo 1 a marzo 31 de 2021	31	\$ 12.951,00
\$ 2.326.410,00	0.60%	Abril 1 a abril 30 de 2021	30	\$ 13.958,00
\$ 2.563.869,00	0.60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2021	31	\$ 15.896,00
\$ 2.801.328,00	0.60%	Junio 1 a junio 30 de 2021	30	\$ 16.808,00
\$ 3.038.787,00	0.60%	julio 1 julio 31 de 2021	31	\$ 18.840,00
\$ 3.276.246,00	0.60%	Agosto 1 a Agosto 31 de 2021	31	\$ 20.313,00
\$ 3.513.705,00	0.60%	Septiembre 1 a septiembre 30 de 2021	30	\$ 21.082,00
\$ 3.751.164,00	0.60%	Octubre 1 a octubre 31 de 2021	31	\$ 23.257,00
\$ 3.988.623,00	0.60%	Noviembre 1 a Noviembre 30 de 2021	30	\$ 23.932,00
\$ 4.226.082,00	0.60%	Diciembre 1 a diciembre 31 de 2021	31	\$ 26.202,00
\$ 4.487.286,00	0.60%	Enero 1 a enero 31 de 2022	31	\$ 27.821,00
\$ 4.748.490,00	0.60%	Febrero 1 a febrero 28 de 2022	28	\$ 26.591,00
\$ 5.009.694,00	0.60%	Marzo 1 a marzo 31 de 2022	31	\$ 31.060,00
\$ 5.270.898,00	0.60%	Abril 1 a abril 30 de 2022	30	\$ 31.625,00
\$ 5.532.102,00	0.60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2022	31	\$ 34.299,00
\$ 5.793.306,00	0.60%	Junio 1 a junio 30 de 2022	30	\$ 34.760,00
\$ 6.054.510,00	0.60%	Julio 1 a julio 31 de 2022	31	\$ 37.538,00
\$ 6.315.714,00	0.60%	Agosto 1 a agosto 31 de 2022	31	\$ 39.157,00
\$ 6.576.918,00	0.60%	Septiembre 1 a septiembre 30 de 2022	30	\$ 39.461,00
\$ 6.838.122,00	0.60%	octubre 1 a octubre 31 de 2022	31	\$ 42.396,00
\$ 7.099.326,00	0.60%	noviembre 1 a noviembre 30 de 2022	30	\$ 42.596,00
\$ 7.360.530,00	0.60%	diciembre 1 a diciembre 31 de 2022	31	\$ 45.635,00
\$ 7.663.526,00	0.60%	enero 1 a enero 31 de 2023	31	\$ 47.513,00
\$ 7.966.522,00	0.60%	febrero 1 a febrero 28 de 2023	28	\$ 44.612,00
\$ 8.269.518,00	0.60%	marzo 1 a marzo 31 de 2023	31	\$ 51.271,00
\$ 8.572.514,00	0.60%	abril 1 a abril 30 de 2023	30	\$ 51.435,00
\$ 8.875.510,00	0.60%	mayo 1 a mayo 31 de 2023	31	\$ 55.028,00
\$ 9.178.506,00	0.60%	junio 1 a junio30 de 2023	30	\$ 55.071,00
\$ 9.330.004,00	0.60%	julio 1 a julio 15 de 2023	15	\$ 27.990,00
TOTAL INTERESES				\$ 1.008.977,00



YANETH CONSUELO RINCÓN PULIDO
ABOGADA

6. En lo que respecta a los INTERESES CAUSADOS SOBRE LOS JUEGOS DE ROPA

La suma de \$ \$ 271.049 por los intereses causados al 0.6% sobre los juegos de ropa de los años 2020 a 2023

CAPITAL	TASA DE INTERES	PERIODO	Nº DE DIAS	VALOR INTERESES
\$ 576.684	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2020	31	3.575
\$ 576.684	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2021	31	3.575
\$ 576.684	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2021	28	3.229
\$ 576.684	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2021	31	3.575
\$ 576.684	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2021	30	3.460
\$ 576.684	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2021	31	3.575
\$ 875.117	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2021	30	5.250
\$ 875.117	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2021	31	5.425
\$ 875.117	0,60%	Agosto 1 a agosto 31 de 2021	31	5.425
\$ 875.117	0,60%	Septiembre 1 a Septiembre 30 de 2021	30	5.250
\$ 875.117	0,60%	Octubre 1 a 31 de Octubre 2021	31	5.425
\$ 875.117	0,60%	Noviembre 1 a Noviembre 30 de 2021	30	5.250
\$ 1'471.983	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2021	31	9.126
\$ 1'471.983	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2022	31	9.126
\$ 1'471.983	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2022	28	8.243
\$ 1'471.983	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2022	31	9.126
\$ 1'471.983	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2022	30	8.831
\$ 1'471.983	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2022	31	9.126
\$ 1'802.348	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2022	30	10.814
\$ 1'802.348	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2022	31	11.174
\$ 1'802.348	0,60%	Agosto 1 a agosto 31 de 2022	31	11.174
\$ 1'802.348	0,60%	Septiembre 1 a Septiembre 30 de 2022	30	10.814
\$ 1'802.348	0,60%	Octubre 1 a 31 de Octubre 2022	31	11.174
\$ 1'802.348	0,60%	Noviembre 1 a Noviembre 30 de 2022	30	10.814
\$ 2'463.078	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2022	31	15.271
\$ 2'463.078	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2023	31	15.271
\$ 2'463.078	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2023	28	13.793



YANETH CONSUELO RINCÓN PULIDO
ABOGADA

\$ 2'463.078	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2023	31	15.271
\$ 2'463.078	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2023	30	14.778
\$ 2'463.078	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2023	31	15.271
\$ 2'846.301	0,60%	Junio 1 a junio 15 de 2023	15	8.838
		TOTAL		\$ 271.049

7. En lo que respecta a los INTERESES CAUSADOS SOBRE GASTOS EDUCATIVOS

La suma de \$ 168.365 por los intereses causados al 0.6% sobre los gastos educativos de los años 2021 a 2023

CAPITAL	TASA DE INTERES	PERIODO	Nº DE DIAS	VALOR INTERESES
\$ 598.000	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2021	31	3.707
\$ 598.000	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2021	28	3.349
\$ 598.000	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2021	31	3.707
\$ 598.000	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2021	30	3.588
\$ 598.000	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2021	31	3.707
\$ 598.000	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2021	30	3.588
\$ 598.000	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2021	31	3.707
\$ 598.000	0,60%	Agosto 1 a agosto 31 de 2021	31	3.707
\$ 598.000	0,60%	Septiembre 1 a Septiembre 30 de 2021	30	3.588
\$ 598.000	0,60%	Octubre 1 a 31 de Octubre 2021	31	3.707
\$ 598.000	0,60%	Noviembre 1 a Noviembre 30 de 2021	30	3.588
\$ 598.000	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2021	31	3.707
\$839.300	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2022	31	5.204
\$839.300	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2022	28	4.700
\$839.300	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2022	31	5.204
\$839.300	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2022	30	5.036
\$839.300	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2022	31	5.204
\$839.300	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2022	30	5.036
\$839.300	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2022	31	5.204
\$839.300	0,60%	Agosto 1 a agosto 31 de 2022	31	5.204
\$839.300	0,60%	Septiembre 1 a Septiembre 30 de 2022	30	5.036



YANETH CONSUELO RINCÓN PULIDO
ABOGADA

\$839.300	0,60%	Octubre 1 a 31 de Octubre 2022	31	5.204
\$839.300	0,60%	Noviembre 1 a Noviembre 30 de 2022	30	5.036
\$839.300	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2022	31	5.204
\$1'496.300	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2023	31	9.277
\$ 1'496.300	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2023	28	8.379
\$ 1'496.300	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2023	31	9.277
\$ 1'496.300	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2023	30	8.978
\$ 1'496.300	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2023	31	9.277
\$ 1'496.300	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2023	30	8.978
\$ 1'496.300	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2023	15	9.277
		TOTAL		\$ 168.365

8. En lo que respecta a los intereses causados sobre GASTOS DE SALUD NO CUBIERTOS POR LA EPS

La suma de \$ 185.975 por los intereses causados al 0.6% sobre los gastos de salud no cubiertos por la EPS, de los años 2020 a 2023

CAPITAL	TASA DE INTERES	PERIODO	Nº DE DIAS	VALOR INTERESES
\$ 98.400	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2020	31	610
\$ 98.400	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2021	31	610
\$ 98.400	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2021	28	551
\$ 98.400	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2021	31	610
\$ 98.400	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2021	30	590
\$ 98.400	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2021	31	610
\$ 98.400	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2021	30	590
\$ 98.400	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2021	31	610
\$ 98.400	0,60%	Agosto 1 a agosto 31 de 2021	31	610
\$ 98.400	0,60%	Septiembre 1 a Septiembre 30 de 2021	30	590
\$ 98.400	0,60%	Octubre 1 a 31 de Octubre 2021	31	610
\$ 98.400	0,60%	Noviembre 1 a Noviembre 30 de 2021	30	590
\$ 853.200	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2021	31	5.290
\$ 853.200	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2022	31	5.290
\$ 853.200	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2022	28	5.119



YANETH CONSUELO RINCÓN PULIDO
ABOGADA

\$ 853.200	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2022	31	5.290
\$ 853.200	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2022	30	5.119
\$ 853.200	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2022	31	5.290
\$ 853.200	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2022	30	5.119
\$ 853.200	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2022	31	5.290
\$ 853.200	0,60%	Agosto 1 a agosto 31 de 2022	31	5.290
\$ 853.200	0,60%	Septiembre 1 a Septiembre 30 de 2022	30	5.119
\$ 853.200	0,60%	Octubre 1 a 31 de Octubre 2022	31	5.290
\$ 853.200	0,60%	Noviembre 1 a Noviembre 30 de 2022	30	5.119
\$ 2'739.926	0,60%	Diciembre 1 a Diciembre 31 de 2022	31	16.987
\$ 2'739.926	0,60%	Enero 1 a 31 enero de 2023	31	16.987
\$ 2'739.926	0,60%	Febrero 1 a 28 febrero de 2023	28	15.343
\$ 2'739.926	0,60%	Marzo 1 a Marzo 31 de 2023	31	16.987
\$ 2'739.926	0,60%	Abril 1 a Abril 30 de 2023	30	16.439
\$ 2'739.926	0,60%	Mayo 1 a mayo 31 de 2023	31	16.987
\$ 2'739.926	0,60%	Junio 1 a junio 30 de 2023	30	16.439
\$2'946.926	0,60%	Julio 1 a julio 31 de 2023	15	8.840
		TOTAL		\$ 185.975

TOTAL, INTERESES CAUSADOS AL 0.6% SOBRE LAS CUOTAS ALIMENTARIAS, JUEGOS DE ROPA, GASTOS EDUCATIVOS Y GASTOS DE SALUD NO CUBIERTOS POR LA EPS DE JULIO DE 2020 A 15 DE JULIO DE 2023
..... **\$ 1'634.362**

VALOR TOTAL DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES DE PAGO: DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE **(\$18'253.893)**

Solicito además muy respetuosamente de sirva señalar las correspondientes costas del proceso.

Atentamente,

YANETH CONSUELO RINCON PULIDO
C.C. No. 35.524.864 de Facatativá
T.P. No. 248.721 del C.S.J.

DIR: Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar
CONM. 3534000 BOGOTA

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010
860013874

Página: 1 de 1

PACIENTE		INGRESO NRO. 769391	
NOMBRE: RIVERA RIVERA MARI, JOSE		624108/1	
DIRECC: CRA 4 # 17A-21		IDEN: TI - 1070386612	HIS: 1070386612
TELEF: 322855728(BARRIO)		SEXO: F EDAD: 16 ZONA: U	FECHA: 2022/06/23 19:57
PADRES:		PLAN: POS	TIPO-USU: B TIPO-SER: 1
DATOS DEL RESPONSABLE		ESTRATO: NIVEL: 1	MEDICO: JIMENEZ ALVAREZ JAIME ANDRES
Empresa: COMPENSAR E.P.S		DIAGNOS.: EXAMEN MEDICO GENERAL	
Tarifa: 01 ISS 2001		Ced/NIT: EPS008	
		Poliza: 1	

RELACION DE EXAMENES					
CONCEPTO	CODIGO	CAN.	VALOR UNIT.	VALOR	
2110 HONORARIOS	231303	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POS	4,00	619,156,5	2.476,626.00
TOTAL:	2.476,626.00	+ RECAR:	476.626.00	- DES:	0.00
				=	476,626.00

	VALOR MEDICAMENTOS:	0.00
	+ EXAMEN/PROC:	2.476,626.00
	- VALOR RECONOCIDO:	2.476,626.00
Firma Autorizada	A PAGAR:	476,626.00

GIFO-0008-v4 AUTORIZACION ACCESO A LOS CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLINICA

A los contenidos de mi historia clinica y así como a los resultados de mis exámenes de tipo clinico puede acceder

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____ TIPO: _____ NUMERO: _____

En caso de ser menor de edad, presentar alguna discapacidad del neurodesarrollo y/o estar en un lugar de paso, accede

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____ TIPO: _____ NUMERO: _____

GIFO-0023-v0 AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A LOS CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo enviar los contenidos de mi historia clinica, así como los resultados de mis exámenes de tipo clinico al correo electronico
@ _____; en caso de no poder acceder a los mismos de manera presencial

Recibi Tecnologias NO POS SI: _____ NO: _____ Firma: _____ Documento: _____

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

Nit:899999123

FACTURA PARCIAL

Datos Cliente

Nombre: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
Dirección: SIN DATO
G. Atención: COM001_C - COMPENSAR EPS CONTRIBUTIVO
EAPB: COM001_C - COMPENSAR EPS
Contrato: CSS0226-2020 - COMPENSAR EPS CONTRIBUTIVO

Nit: 860066942-7
Teléfono: 4441234
Código EPS: EPS008

Datos Paciente

Nombre: MARIA JOSE RIVERA RIVERA	Tipo Paciente: Contributivo	Ingreso: 21098
N° Documento: 1070386612	Fecha Ingreso: 9/06/2022 10:47:43 a. m.	Nivel: 01 - RANGO A 2022
Dirección: NO DATO	Fecha Egreso: 9/06/2022 10:57:43 a. m.	Edad: 16 años 6 meses 8 días
Teléfono: 0000000 - 3102162746	Tipo Afiliación: Beneficiario	Diagnóstico:
Correl Electrónico:	Usuario: 3197 - HELENN RAMOS	
Centro Af.: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	U. F. Ingreso: 1112010 - CONSULTA EXTERNA C.E	U. F. Egreso: 1112010 - CONSULTA EXTERNA C.E

Código	Fecha	Nombre	Autoriza.	Cant.	VR. Unit.	VR. Pac.	VR. Ent.
Grupo: 002 - CONSULTAS E INTERCONSULTAS							
890248	09/06/2022	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	2213198086302 27	1	\$ 63.330	\$ 3.700	\$ 59.630
Total Grupo:							\$ 63.330

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 63.330
VALOR DESCUENTO ENTIDAD	\$ 0
VALOR CUOTA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	\$ 3.700
VALOR DESCUENTO PACIENTE	\$ 0
VALOR TOTAL FACTURA	\$ 59.630

TOTAL: CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/Cte.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO58790**

Fecha Factura: 13 may. 2022 08:51 a. m.

Cufe: 948dd0bf5ab57bb310900a31b5fefdf080522c221f28d56e2a523be1cda2336f6b673b0a21ed5530085432aa000e8e35

Centro Atención: BOGOTA . Dirección: CARRERA 12 No 98 - 38 . Teléfono: 7466400

Fecha Ingreso: 13 may. 2022 08:50 a. m. **Fecha Egreso:** 13 may. 2022 08:51 a. m. **Plan:** COMPENSAR REUMATOLOGIA CONTRIBUTIVO

Cliente: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

NIT: 860066942

Dirección: CALLE 68 N° 8-13 / 25

Contrato N°: CSS076-2016

Teléfono: 4280666

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 45 días

Ciudad: BOGOTA D.C.

Fecha impresión: 13/05/22 8:52 a **Atención N°:** 1391090

Autorización: 221338607318076

Area de servicio: 602031 - CE- CONSULTA DE REUMATOLOGIA PONTEVEDRA

Identificación: 1070386612

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Sexo: Femenino

Edad: 16 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
CONSULTAS					
890389	890389	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	1,00	\$ 60.000,00	\$ 56.300,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 60.000,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE

\$ 3.700,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTO

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 56.300,00

TOTAL: CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

LEIDY ANDREA VARGAS MURCIA

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR

La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764016316768 DEL 12 ago. 2021. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO31.914 AL FEBO100.000.
*IGENCIA 12 ago. 2021-12 ago. 2022. IVA Régimen Común. Actividad económica: 86911 Tarifa ICA 9.66 x mil.

Usuario Id. :LAVARGAS

Página 1/1

ENCIADO A: [RIESGO DE FRACTURA S.A.] NIT [830027158-3]

Programa Entidad Promotora de Salud

compensar | eps
salud

Lugar Barranquilla	Año 2022	Mes 04	Día 11	Nº 17236934
Nombre del paciente MAMA JOSE ANTONIO		Identificación del Paciente* C.C. 11070386612		Identificación del Trabajador C.C.
Nombre del médico u odontólogo Yarelis Ceballos		Identificación del médico u odontólogo 328+8433		Teléfono o e-mail del médico u odontólogo
				Dirección del médico u odontólogo
Origen				Código CIE 10
☐ Enfermedad general ☐ Accidente de Tránsito		☐ Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Profesional		☐ Enfermedad IV nivel
Medicamentos y prescripción		Cantidad		** Precio Público
		Número	Letras	
1. Colestiramin 2000 ui		# 30	tabletas	\$
2. Gumar 1 con dir				\$
3. Acetaminofen 500 mg		# 20	comprimidos	\$
gumar por 6 horas				
* En caso de hijos, colocar la fecha de nacimiento. ** Cuando sea entrega parcial, en estos espacios se coloca sello que diga Despacho Parcial. Cuando no se entrega nada, sello que diga No Despachado.				Cuota moderadora \$

VIGILADO Supersalud
 Línea de atención al usuario 609670 - Bogotá, D.C.
 Línea gratuita NACIONAL (8000471616)

PROGRAMA COMPENSAR EPS afiliado a HOSPITAL GENERAL DE BOGOTÁ

* En caso de hijos, colocar la fecha de nacimiento.

* Cuando sea entrega parcial, en estos espacios se coloca sello que diga Despacho Parcial. Cuando no se entrega nada, sello que diga No Despachado.

NOTA:

- La prescripción anterior se ha hecho previo interrogatorio al paciente para establecer la existencia de contraindicaciones y antecedentes de reacciones adversas al medicamento formulado.
- Debe practicarse prueba de sensibilidad. SI ☐ NO ☐
- El paciente debe presentar Cédula de Ciudadanía y Carné de Compensar - EPS
- Ver instrucciones al respaldo.

compensar | salud
Yarelis Cabarcas Pérez
Medicina General
C.C. 32.878.733

Firma de recibido y

Válido hasta por 30 días después de la fecha de expedición

Firma del profesional

Nº de Registro

Fecha y hora de entrega de la farmacia

Año Mes Día

Compensar EPS Paciente

FOR-PSS-0259

AUDIFARMA S.A. AMB.
NIT: 816001182
SANTA RITA (FACATATIVA)
CALLE 3 NUMERO 4-13
Telefono: (1) 8906072

REGIMEN COMUN
RES POS 18764024196811 PREF 1630 18/01/2022 DEL
203.053 AL 1.000.000 12 MESES

FACTURA DE VENTA: 163C-211700

FORMULA: 26669 - EVENTO POS MANUAL
 CLIENTE: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR -> BOGOTA
 NIT: 86006942-7 TEL.: 4280866
 BU - BO No. 49 A 47
 PACIENTE: 197038661
 MARIA JOSE RIVERA RIVERA

CODIGO	CANT	VAL/UNIT.	SUBTOTAL	IIVA
0 INGRESO RECIBIDO PARA TERCE				
ROS CUOTA MODERADORA				
1		3.600,00	3.600,00	
SUBTOTAL				3.600
IIVA				0
TOTAL				3.600

TARIFA	BASE	IVA
0.0	3.600	0.0

18-04-2022 12:01 VENCIMIENTO 18-05-2022

AUTORETENEDOR DE INDUSTRIA Y COMERCIO
EN PERCEIRA ARTICULO 53
ACUERDO 41 DE 2012
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. No. 11076 DE DICIEMBRE 14 DE 2001
AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA
AUTORETENEDORES RES. 7863 SEP 1 DE 2005
SU APOYO FARMACOLOGICO INTEGRAL

COMPENSAR - EPS

Recibo No. 1401738744

MCP-HQ FACMAQ01

FILED 2022/04/11 ✓ 4:28 p.m.

REF ID: A671070386612

REVISTA DE ECONOMÍA Y ESTADÍSTICA – REVISTA MARIA JOSE

2000年12月

441* 19. 10. 220966050230778

CONSULTA NO PROGRAMADA DE MEDICINA

LECHA / RACHA 20220411 - 4.40 p. m.

6. 结论

ALBERTO BARRERA PEREZ

DIRECTORATE

CE 5304 FACA

TEL 25088

TOTAL \$ 3760

EFFECTIVO \$ 5000

CAMBIO \$ 1300

14/7/23, 15:21

HOJA DE ADMISIÓN

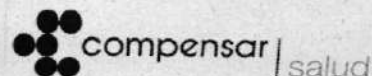
DATOS DEL USUARIO		Episodio: 42157766
		Identificación: TI 1070386612
Nombre: MARIA JOSE RIVERA RIVERA	Edad: 16 A	Sexo: F
Aseguradora: COMPENSAR CONTRIBUTI	Teléfono: 3102162746	
Sede asignada: 10N USS FACATATIVA	Causa Externa: Enf. General	
Tipo de atención: Movimientos	Unidad de tratamiento: 10NTC PEDIATRIA NO PROGRAMADA	
Descripción del Servicio	Autorización: 221016123647956	
CONSULTA NO PROGRAMADA DE PEDIATRIA		
Fecha y hora de servicio: 19/04/2022 07:21		
Profesional: MAYA MOLINA ZULMA ALEJANDRA	Teléfono: 4441234	
Dirección: CR 23 57 P 3 CS 313 FACA	Consultorio: 10N CONS 313	
Total a Pagar \$ 3.700	Forma de Pago: Efectivo	

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

860066942-7

CR 23 57

FACATATIVA



ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

DATOS DEL USUARIO		Tipo id: TI	Identificación: 1070386612
Nombres y apellidos:	MARIA JOSE RIVERA RIVERA	Edad: 16 A	Sexo: F
Fecha de Nacimiento:	1/12/2005	Teléfono: 0	Estado Civil: Soltero/a
Dirección:	CR 4 B 16 09 URBANO	Celular: 3102162746	
Correo Electrónico:	SRIVERA@GMAIL.COM		
Aseguradora:	COMPENSAR -PC		
Sede asignada:	10N USS FACATATIVA		
DATOS DE SERVICIO			
Fecha y hora de servicio:	11/04/2022 16:40		
Unidad de tratamiento:	10N C MEDICA NO PROGRAMADA		
Profesional:	YARELIS CABARCAS PEREZ		
Lugar:	10N CONS 304		
Dirección:	CR 23 57 P 3 CS 304 FACA		
Teléfono:	4441234		
Observaciones:			
Código	Descripción	Autorización	
89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA DE MEDICINA GENERAL	220966056230778	
Valor a pagar:	Cuota Moderadora: \$ 3.700	Copago aproximado: \$ 0	Otro: \$ 0
En caso de no poder cumplir su cita, si es usuario Plan Complementario, comunicarse al 3078088, de lo contrario, comunicarse al 4441234, con más de una hora de anticipación.			

Presencial

vigilado Super Subsidio

Usuario que crea: 1070950087

Usuario que imprime: 1070950087

Fecha: 06/04/2022

Hora: 06:25

VIGILADO Supersalud

DIR: Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar
CONM. 3534000 BOGOTA

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010
860013874

Página: 1 de 1

INGRESO NRO. 709102

PACIENTE 624108/1

NOMBRE: RIVERA RIVERA MARIA JOSE IDEN: TI - 1070386612 HIS: 1070386612 FECHA: 2022/02/10 8.22

DIRECC: CRA 4 # 17A-21 SEXO: F EDAD: 16 ZONA: U PLAN: POS TIPO-USU: B TIPO-SER: 1

TELEF: 322855728 BARRIO: ESTRATO: NIVEL: 1 MEDICO: DUQUE MONTEALEGRE JESUS ANDRES

PADRES: DIAGNOS.: EXAMEN MEDICO GENERAL

DATOS DEL RESPONSABLE

Empresa: COMPENSAR E.P.S Ced/NIT: EPS008

Tarifa: 01 ISS 2001 Poliza: 2

RELACION DE EXAMENES	CONCEPTO	CODIGO	CAN.	VALOR UNIT.	VALOR
5055	MAXILOFACIAL CONSULTA	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR	1.00	54,670.00
TOTAL:	54,670.00	+ RECAR:	0.00	- DES: 0.00	= 54,670.00

VALOR MEDICAMENTOS:	0.00
+ EXAMEN/PROC:	54,670.00
- VALOR RECONOCIDO:	54,670.00
A PAGAR:	0.00

Firma Autorizada

GIFO-0008-v4 AUTORIZACION ACCESO A LOS CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLINICA

A los contenidos de mi historia clinica y asi como a los resultados de mis exámenes de tipo clinico puede acceder

NOMBRES: APELLIDOS: TIPO: NUMERO:

En caso de ser menor de edad, presentar alguna discapacidad del neurodesarrollo y/o estar en un lugar de paso, accede

NOMBRES: APELLIDOS: TIPO: NUMERO:

GIFO-0023-v0 AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A LOS CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo enviar los contenidos de mi historia clinica, asi como los resultados de mis exámenes de tipo clinico al correo electronico

@ en caso de no poder acceder a los mismos de manera presencial

Recibi Tecnologias NO POS SI: NO: Firma: Documento:

Fecha : 2022/02/10 Hora: 08:23:53 Usuario: eurrea Terminal: Caja: Periodo: 2022/02 caymov/11.0.121 C.Costo: 1306 Con. Rip: 680384

COMPENSAR - EPS
Recibo No. 1401453058

MODULO: CALAMAAQ01
FECHA: 2022/03/31 5:35 p.m.
DOCUMENTO: 1070386612
USUARIO: RIVERA MARIA JOSE
PROGRAMA: PC
AUTORIZACION No. 220856055216400
SERVIDIO: CONSULTA NO PROGRAMADA DE INTELIGENCIA
FECHA DE EMISIÓN: 2022/03/31 5:40 p.m.
MÉDICO:
YARELI ZEPEDA PEREZ
DIRECCION:
CRA 4 # 17A-21 BOGOTA
TEL: 322855728

TOTAL: 54,670.00
EFFECTIVO: 54,670.00
CAMBIO: 0.00

PACIENTE _____ INGRESO NRO. 624108/1 695985

NOMBRE: RIVERA RIVERA MARIA JOSE IDEN: TI - 1070386612 HIS: 1070386612 FECHA: 2022/01/13 8.10

DIRECC: CRA 4 # 17A-21 SEXO: F EDAD: 16 ZONA: U PLAN: POS TIPO-USU: B TIPO-SER: 1

TELEF: 322855728(BARRIO: ESTRATO: NIVEL: 1 MEDICO: DUQUE MONTEALEGRE JESUS ANDRES

PADRES: DIAGNOS: EXAMEN MEDICO GENERAL

DATOS DEL RESPONSABLE _____

Empresa: COMPENSAR E.P.S Ced/NIT: EPS008

Tarifa: 01 ISS 2001 Poliza: 3

RELACION DE EXAMENES	CONCEPTO	CODIGO	CAN.	VALOR UNIT.	VALOR
5055	MAXILOFACIAL CONSULTA	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR	1.00	54,670.00
TOTAL:	54,670.00	+ RECAR: 0.00	- DES: 0.00	=	54,670.00

VALOR MEDICAMENTOS:	0.00
+ EXAMEN/PROC:	54,670.00
- VALOR RECONOCIDO:	54,670.00
A PAGAR:	0.00

Firma Autorizada _____

GIFO-0008-v4 AUTORIZACION ACCESO A LOS CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLINICA

A los contenidos de mi historia clinica y asi como a los resultados de mis exámenes de tipo clinico puede acceder

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____ TIPO: _____ NUMERO: _____

En caso de ser menor de edad, presentar alguna discapacidad del neurodesarrollo y/o estar en un lugar de paso, accede

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____ TIPO: _____ NUMERO: _____

GIFO-0023-v0 AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A LOS CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo enviar los contenidos de mi historia clinica, asi como los resultados de mis exámenes de tipo clinico al correo electronico

@ _____; en caso de no poder acceder a los mismos de manera presencial

Recibi Tecnologias NO POS SI: _____ NO: _____ Firma: _____ Documento: _____

Fecha: 2022/01/13 Hora: 08:12:43 Usuario: fernandezm Terminal: Caja: Periodo: 2022/01 caymov/11.0.121 C.Costo: 1306 Con. Rip: 672043



DIROGUERIAS FARMIDROGAS FACIA

FACIATIVA

FLOREZ CARDENAS LUZ DARY

CR 5 # 12-06B SANTA FIT

NIT 5188441-6

Regimen Responsable del Impuesto sobre las

Ventas

Tel. 8900633

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS

No.: F1275463

Autorización numeración según resolución No 18764018612335 del 30-01 sep 27 Rango F1 250001 al F1 900000 Vigencia 6 Meses

MOSTRADOR

Fecha 20/01/2022 13:27 Cajero 9 CAJERO Vendedor 14 MARCO

NIT 5188441-6 100 MG 300 TABLETAS LP 2 B \$ 8 000

Sub Total	\$ 8 000
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 8 000
Valor Recibido	\$ 50 000
Cambio	\$ 42 000
Exento	\$ 8 000
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago efectivo \$ 8 000

Caja: DESKTOP-UFVU7VP

Coopidrogas

NIT: 860 026 123-0

Sistema P.O.S - Dominium Plus

BOGOTÁ, D.C. 13 enero 2022 DE _____
NOMBRE: maria Jose Rivera
No. DE IDENTIFICACIÓN 1070 38 6612
ENTIDAD: compensar

R.

Cita control
en 1 mes.

Dar cita extra

Dr. Jesus Andres Duque Monte Alegre
Cirujía craneomaxilofacial Labio
y paladar fisurado
Cirujía maxilofacial Pediatría
Implantología
BOGOTÁ 79 778 362



INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL
ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTÁ D.C. -
COLOMBIA
Teléfono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioloir.org.co

Página 1 de 1
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2187979
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorización Numeración: 18764015757662 del 2021-08-02 numeración del 2114853 al 2500000 fecha del 2021-08-02 al 2022-08-02 prefijo:

Tipo de operación: -SS-Recaudo

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 935532478f79945d12dfcdf2e68af2fae48c618ceb769d47670a442deeb41741460276bceeb1cdeac4b8f6f6c05281146

CLIENTE:	MARIA JOSE RIVERA RIVERA	PACIENTE:	RIVERA RIVERA MARIA JOSE	FECHA INGRESO:	2022-01-13
NIT/ID:	TI-1070386612	ID:	TI 1070386612	FECHA EGRESO:	2022-01-13
DIRECCIÓN:	CRA 4 # 17A-21 - FACATATIVA	TELEFONO:	3228557286	TIP USUARIO:	BENEFICIARIO
TELEFONO:	3228557286	POLIZA:	3	CONTRIBUTIVO	
CONSECUTIVO INTERNO:	624108-1	AUTORIZACIÓN:	213099811624162		
DOCUMENTO:	03-695985-010				

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	COPF	COPAGO-CUOTA MODERA-UND:NAR	1,00	3.500,00		3.500,00
TOTAL LÍNEAS: 1						

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1070386612	PRIMER_APELLIDO	RIVERA
SEGUNDO_APELLIDO	RIVERA	PRIMER_NOMBRE	MARIA
SEGUNDO_NOMBRE	JOSE	TIPO_USUARIO	Contributivo Beneficiario
MODALIDAD CONTRATACION	Por Servicio	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Particular
NUMERO_AUTORIZACION	213099811624162	NUMERO_POLIZA	3
FECHA_INICIO_FACTURACION_USUARIO	2022-01-13	FECHA_FIN_FACTURACION_USUARIO	2022-01-13

OBSERVACIONES:

SUBTOTAL	3.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	3.500,00
COP/MOD/REC	0,00
TOTAL A PAGAR	3.500,00

SON: TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de cambio art. 772 y 779
Entidad sin ánimo de lucro sujeta a retención de industria y comercio y retención en la fuente

ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE

CC No.

Id Interno: 21-2187979-010 Prog: cayfac Usuario: fernandezm MAURICIO FERNANDEZ GOMEZ 2022-01-13 08:48:48

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2022-01-13 11:33:30-05:00

CIA 01-INSTITUTO ROOSEVELT
RESERVA DE CITAS
BOGOTA

NIT: 860013874

Dir.: Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar

Tel.: 3534000

CITA Nro. **924154-7**

Fecha Doc.: 2022/01/13

Estructura Administrativa: 010

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

Paciente: **MARIA JOSE RIVERA RIVERA**

Id.: 1070386612

Teléfono: 3228557286

Carné: 1070386612

Responsable: EPS008

- COMPENSAR E.P.S

Plan: PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Tipo de Usuario: BENEFICIARIO CONTRIBUTIVO

Nivel Soc.: 1 CONTRIBUTIVO

DATOS DE LA CITA:

Tipo de Cita: Control

Especialidad: CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Médico: CXM03 DUQUE MONTEALEGRE JESUS ANDRES

Consultorio: CONSULTORIO 301

Ubicación: 0006 C.EX

Fecha Cita: **Jueves 10 de Febrero de 2022**

Hora Cita: 8:40 a.m.

Duración: 20 minutos

Código	Tipo de Servicio Prestado	Valor Unitario	Cant.	Total
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALII	.00	1	.00

Observaciones: ORDEN INDICA 1 MES Y CITA EXTRA// AUT PENDIENTE CR 4 ESTE 17 50 AV CIR LLEGAR 45 MNS ANTES
DOCUMENTOS COMPLETOS

Preparación:

Documento:	20351451	Paciente:	ANA MERCEDES FORERO CARRILLO
Sede donde tiene su cita:	COMPENSAR FACATATIVA	Dirección:	CRA 2 NO. 3-57 20 PISO OF 204,205 Y 206
Fecha:	29/12/2021	Hora:	10:00 am
		Teléfono:	3223461000

Requisitos:

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE PARA SU ATENCIÓN PRESENTAR SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD ORIGINAL, ORDEN U AUTORIZACIÓN DIRIGIDA A IDIME VIGENTE PARA LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Por estrategia de demanda inducida, se pueden atender usuarias sin orden médica, para VPH y CV georeferenciadas a las sedes de UT Compensar, no a sedes externas. Se pueden atender tanto usuarias POS como PAC.

Cuando el VPH sea positivo se debe facturar y procesar la CV convencional, que estén en el rango de edad de 30-65 años

A partir del 10 de septiembre /2021

Para mamografía y colposcopia no se requiere orden médica, si el usuario la tiene se adjunta a la cuenta, si no la tiene se puede atender porque se cita por demanda inducida. La autorización se genera en IDIME por SAS.

Por estrategia de demanda inducida, se pueden atender usuarias para este servicio georeferenciadas a las sedes de UT Compensar, no a sedes externas. Se pueden atender tanto usuarias POS como PAC.

Se excluyen los usuarios georeferenciados a otras unidades externas a Compensar

REQUISITOS: El paciente debe presentar:

1. Orden médica en original o copia
2. Orden Médica con firma y registro médico, puede venir en papelería de otras entidades adscritas a la red.
3. En Idime se verifican derechos y se genera la autorización para el procedimiento.
- Autorización -Se genera en Idime (SAS)
- Vigencia de la autorización 60 días hábiles
- Las autorizaciones son generadas en Idime por nuestros funcionarios de admisión y registro desde el sistema SAS de Compensar.
4. Vigencia de la orden médica: 6 meses y si tiene fecha preferente, esta sura la fecha de vigencia, excentuando las ordenes que el médico indique la fecha de la toma del examen.
5. Presenta documento de identidad para verificar datos.
6. Cancelan copagos y Cuotas moderadoras en Idime.
7. Cubre contrastes gadolinio o primovist.
8. Cubre radiofármacos.

Examen a practicar: ECO ABDOMINAL SUPERIOR

!! TENGA EN CUENTA QUE SI NO ESTA BIEN PREPARADO, NO SERÁ ATENDIDO!

Preparación para el examen

SEÑOR(A) USUARIO(A): Para el examen debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Traer estudios anteriores y resumen de historia clínica que complementen el examen.
 - La última comida debe ser dieta blanda, sin lácteos, ni grasas.
 - Consulte con su entidad de salud, los documentos requeridos como requisito para la toma del examen.
 - Por favor no traer objetos de valor.
- Requiere 6 horas de ayuno

Lo invitamos a conocer sus deberes y derechos en nuestra página web

**! Por favor llegar 30 minutos antes, para realizar el proceso de facturación con su documento de identidad;
Señor usuario si tiene alguna duda con esta información, por favor comunicarse con nuestro Pbx**

NIT. : 900.311.422 - 4

CL 8 6 59

Telefonos : 8429548 - 8424473

FACTURA POS No. FPOS 20284

FECHA: Febrero 9 DE 2022

RESOLUCION AUTORIZACION NUMERACION FACTURACION No.
18764020572989 del 2021/11/03 PREFIJO FPOS del NUMERO 13.968
al 30.000 VIGENCIA 12 MESES

MARIA JOSE RIVERA

1070386612
CENTRO

CANT.	DESCRIPCION	V.UNIT	VR TOTAL
1,00	PANORAMICA	20.000,00	20.000,00
VEINTE MIL PESOS		IVA	0
		TOTAL	20.000

COMPENSAR - EPS

Recibo No. 1404231220

MODULO: FACAMAQ01

FECHA PAGO: 2021/11/02 6:37 a. m.

DOCUMENTO: TI 1070386612

USUARIO: RIVERA RIVERA MARIA JOSE

PROGRAMA: PC

AUTORIZACIÓN No. 212966020426306

SERVICIO: TERAPIA FISICA INTEGRAL

FECHA Y HORA CITA: 20211102 - 6:40 a. m.

MEDICO:

ANGELICA MARIACRISTANCHO OBANDO

DIRECCION:

CR 23 57 P 2 FACA

TELÉFONO: 4285088

TOTAL: \$ 2400

EFFECTIVO: \$ 4000

CAMBIO: \$ 1600

COMPENSAR - EPS

Recibo No. 1404935004

MODULO: FACAMAQ01

FECHA PAGO: 2021/12/06 9:55 a. m.

DOCUMENTO: TI 1070386612

USUARIO: RIVERA RIVERA MARIA JOSE

PROGRAMA: PC

AUTORIZACIÓN No. 213226132252204

SERVICIO: TERAPIA FISICA INTEGRAL

FECHA Y HORA CITA: 20211206 - 10:00

MEDICO:

ANGELICA MARIACRISTANCHO OBANDO

DIRECCION:

CR 23 57 P 2

TELÉFONO: 4285088

TOTAL: \$ 2400

EFFECTIVO: \$ 5000

CAMBIO: \$ 1500

COMPENSAR - EPS

Recibo No. 1404121465

MODULO: FACAMAQ02

FECHA PAGO: 2021/10/23 11:13 a. m.

DOCUMENTO: TI 1070386612

USUARIO: RIVERA RIVERA MARIA JOSE

PROGRAMA: PC

AUTORIZACIÓN No. 212866021321188

SERVICIO: CONSULTA 1 VEZ FISIOTERAPIA

FECHA Y HORA CITA: 20211023 - 11:30 a. m.

MEDICO:

ANGELICA MARIACRISTANCHO OBANDO

DIRECCION:

CR 23 57 P 2 FACA

TELÉFONO: 4285088

TOTAL: \$ 3500

EFFECTIVO: \$ 5000

CAMBIO: \$ 1500



DROGUERIAS FARMIDROGAS FACATATIVA

FLOREZ CARDENAS LUZ DARY
CR 5 # 12-06 B SANTA RIT
NIT: 51868441-6

Regimen: Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel: 8900633

Cliente: 3228557266-
Nombre: YAIR RAMIREZ
Direccion: CRA 4 #17A 21 CASA
Tel:
Barrio: VILLAS DEL NORTE

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS
No.: F1263755

Autorización numeración según resolución No 18764018612335 del 2021 sep. 27 Rango F1 250001 al F1 900000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS			
Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
02/12/2021	18:47	9 CAJER	14 MARCO
IBUPROFENO 600 MG 30 CAPSULAS BLANDAS MK			
100024891	2 B	\$ 15.600	*

Sub Total	\$ 15.600
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 15.600
Valor Recibido	\$ 20.000
Cambio	\$ 4.400
Exento	\$ 15.600
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago: efectivo: \$ 15.600

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: DESKTOP-UFVU7VP

Coopidrogas
NIT: 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

DROGUERIAS FARMIDROGAS FACATATIVA
FLOREZ CARDENAS LUZ DARY
CR 5 # 12-06 B SANTA RIT
NIT: 51868441-6

Regimen: Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel: 8900633

Cliente: 3228557266-
Nombre: YAIR RAMIREZ
Direccion: CRA 4 #17A 21 CASA
Tel:
Barrio: VILLAS DEL NORTE

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS
No.: F1266566

Autorización numeración según resolución No 18764018612335 del 2021 sep. 27 Rango F1 250001 al F1 900000 Vigencia 6 Meses

DOMICILIOS			
Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
15/12/2021	16:47	9 CAJER	14 MARCO
DOLIVUM FEM 400/60 MG 40 CAP ICOM(RF)			
100024024	1 B	\$ 3.500	*
IBUPROFENO 600 MG 30 CAPSULAS BLANDAS MK			
100024891	1 B	\$ 2.200	*

Sub Total	\$ 11.700
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 11.700
Valor Recibido	\$ 11.700
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 11.700
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago: efectivo: \$ 11.700

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: AUXILIAR

Coopidrogas
NIT: 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

COMPENSAR - EPS
Recibo No. 1404215312

MODULO: FACAMQ02

FECHA PAGO: 2021/10/30

DOCUMENTO: TI 1070386612

USUARIO: RIVERA RIVERA MARIA JOSE

PROGRAMA: PC

AUTORIZACION No. 21279032-0052

SERVICIO: CONSULTA CONTROL PEDIATRIA

FECHA Y HORA CITA: 2021/10/30 - 12:00 a.m.

MÉDICO:

LUIS ORLANDO CAMPO RODRIGUEZ

DIRECCION:

CR 23 57 P 3 CS 313 FACUA

TELÉFONO: 4285088

TOTAL: \$ 3500

EFFECTIVO: \$ 20000

CAMBIO: \$ 16500

COMPENSAR - EPS

Recibo No. 1402691312

MODULO: FACAMQ02

FECHA PAGO: 2021/07/31 10:47 a.m.

DOCUMENTO: TI 1070386612

USUARIO: RIVERA RIVERA MARIA JOSE

PROGRAMA: PC

AUTORIZACION No. 211586084421574

SERVICIO: CONSULTA CONTROL PEDIATRIA

FECHA Y HORA CITA: 20210731 - 11:00 a.m.

MÉDICO:

LUIS ORLANDO CAMPO RODRIGUEZ

DIRECCION:

CR 23 57 P 3 CS 313 FACUA

TELÉFONO: 4285088

TOTAL: \$ 3500

EFFECTIVO: \$ 10000

CAMBIO: \$ 6500

Tarjeta Control de Citas

En caso de reubicar y/o cancelar su cita
porfavor comunicarse con el callcenter



compensar | salud

4441234

Paciente Maria Jose Rivas					Teléfono		No. Sesiones 6 SS	
Identificación 1070326612					Remitente Rewmatología			
Código de diagnóstico M 255 mm 155 - mm 11								
No.	Día	Mes	Hora	Agenda	Observaciones	FT	Funcionario agenda	
1.	23	10	10+00 AM	Anticipada				
2.	02	11	6+40 AM	Anticipada	HORA DE SALIDA 7+20 AM		compensar salud	
3.	06	11	7+00 AM	Anticipada			Angélica María Cristancho Fisioterapeuta - C.C. 52.852.868	
4.	09	11	6+30 AM	Anticipada				
5.	10	11	6+40 AM	Anticipada			compensar salud	
6.	06	12	10+00 AM				Angélica María Cristancho Fisioterapeuta - C.C. 52.852.868	
7.								
8.								
9.								
10.								

Fecha y hora de taller:

NOTA: Si usted incumple una cita y no informa oportunamente, le está quitando la posibilidad de recibir atención a otro paciente, por esta razón en caso de no poder asistir a su consulta, deberá cancelarla con mínimo cinco(5) horas de anticipación al teléfono 4285088 Ext.

El horario de cancelación es de 6:30 am a 7:30 pm de lunes a viernes y de 6:30 am a 12:30 pm los sábados.

Si suspende el tratamiento por más de 30 días calendario, sin previo aviso, perderá su derecho a continuar las sesiones ordenadas.

¡Quien conoce y cumple sus deberes, exige tranquilamente sus derechos!

FOR-PSS-0040

Detalle de la cita médica



Número de autorización 213416011579119

Datos de la cita medica

Paciente: MARIA JOSE RIVERA RIVERA
Identificacion Paciente: TI: 1070386612
Prestador del servicio: TATIANA PAOLA LOPEZ VEJAR
Especialidad: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN P
Fecha y hora: miércoles, 15 de diciembre de 2021 11:00
Lugar: CR 10 26 71 LC 204-210 CS 009
Valor a pagar: \$ 3.500

Requisitos para cumplir las citas:

➔ Documento de
identificación

➔ Exámenes médicos
(si aplica)

➔ Llegar 20
minutos antes

Formato solicitado en la página www.compensar.com sección Transacciones en línea.

ORDENES CLÍNICAS**FECHA Y HORA DE SOLICITUD:** 2021-02-12 18:32:18**10X - OTORRINOLARINGOLOGÍA**

No. OC13163990

NO. AUTORIZACIÓN:**PACIENTE:** MARIA RIVERA RIVERA**EPISODIO:** 29868827**EDAD:** 15 A**ASEGURADORA PLAN:** COMPENSAR -PC**UNIDAD MÉDICA:** 10XM_ORL**DIAGNÓSTICOS:** R51X**PRESTADOR:****TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** TI**SEXO:** Femenino**PRIORIDAD:** 001**IDENTIFICACIÓN:** 1070386612**TIPO DE PACIENTE:** Cat. A: Beneficiario**TIPO DE ATENCIÓN:** Ambulatorio**CAUSA EXTERNA:** Enf. General**UE:** 10NC304**Código CUPS****Descripción**

890282

CONSULTA 1 VEZ OTORRINOLARINGOLOGIA-Seguimiento por hipertrofia de cornetes

LAT. Cantidad Fecha Preferente

SIN 0001


compensar | salud
Luis Orlando Campo Rodríguez
Médico Pediatra
C.C. 6136225**Firma:****CC:****Especialidad:**
compensar | salud
Luis Orlando Campo Rodríguez
Médico Pediatra
C.C. 6136225**Firma:****CC:****Especialidad:** MEDICINA GENERALCABARCAS PEREZ YARELIS
32878733

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

860066942-7

DG 16 104 51



ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

BOGOTÁ

DATOS DEL USUARIO		Tipo id: TI	Identificación: 1070386612
Nombres y apellidos:	MARIA JOSE RIVERA RIVERA	Edad: 15 A	Sexo: F
Fecha de Nacimiento:	1/12/2005	Teléfono: 0	Estado Civil: Soltero/a
Dirección:	CR 4 B 16 09 URBANO	Celular: 3102162746	
Correo Electrónico:	SRIVERAFORERO@GMAIL.COM		
Aseguradora:	COMPENSAR -PC		
Sede asignada:	10N USS FACATATIVA		
DATOS DE SERVICIO			
Fecha y hora de servicio:	23/02/2021 07:00		
Unidad de tratamiento:	10FTC OTORRINOLARINGOLOGIA		
Profesional:	GUSTAVO CORREA MARTINEZ		
Lugar:	10X CONS 404		
Dirección:	CR 16 82 74 CS 404		
Teléfono:	4441234		
Observaciones:	3229090758		
Código	Descripción	Autorización	
890282	CONSULTA 1 VEZ OTORRINOLARINGOLOGIA	210436039673383	
Valor a pagar:	Cuota Moderadora: \$ 3.500	Copago aproximado: \$ 0	Otro: \$ 0
En caso de no poder cumplir su cita, si es usuario Plan Complementario, comunicarse al 3078088, de lo contrario, comunicarse al 4441234, con más de una hora de anticipación.			



CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

NIT 860015905-6
CARRERA 69 #2 - 75
TELEFONOS 2921277

NOMBRE: RIVERA RIVERA MARIA JOSE
IDENTIFICACION: 1070386612
TIPO IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
FECHA DE NACIMIENTO: 2005-01-12 (16)
DIRECCION: CR 4 B 16 09
FECHA DE INGRESO: 2021-11-26 06:20:19
FECHA DE EGRESO: 2021-11-26 00:00:00
FECHA DE REGISTRO: 2021-11-26 11:49:05

MEDICO TRATANTE: PAOLA PACHECO
TIPO DE USUARIO: CONTRIBUTIVO
TIPO PACIENTE: AGUDO
ENTIDAD: COMPENSAR EPS
TIPO DE AFILIACIÓN: BENEFICIARIO
NIVEL DE USUARIO: NO APLICA

REMISIÓN
ORDEN DE CONSULTA EXTERNA

Fecha: 2021-11-26
Psiquiatría: 890385 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA, en 1 mes

Diagnostico

Dx Principal **M898** OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL HUESO Impresión diagnóstica

Causa Externa: Enfermedad general Finalidad Consulta: No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Clínica de Nuestra Señora de la Paz)

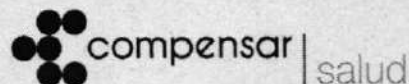
PAOLA PACHECO

MÉDICO PSIQUIATRA
REGISTRO MEDICO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECIBO DE CAJA NO°. 14045767522609

**HOJA DE ADMISIÓN**

Episodio: 37636662

DATOS DEL USUARIO

Identificación: TI 1070386612

Nombre : MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Edad: 15 A Sexo: F

Aseguradora: COMPENSAR CONTRIBUTI

Teléfono: 3133765379

Sede asignada: 10N USS FACATATIVA

Causa Externa: Enf. General

Tipo de atención: Movimientos

Unidad de tratamiento: 10NTC TERAPIA FISICA CONTROL

Descripción del Servicio

Autorización: 213136139239650

TERAPIA FISICA INTEGRAL

Fecha y hora de servicio: 18/11/2021 06:56

Profesional: CRISTANCHO OBANDO ANGELICA MARIA

Teléfono: 4441234

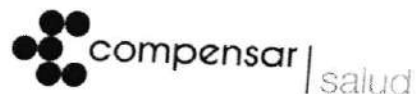
Dirección: CR 2 3 57 P 2 FACA

Consultorio: 10N CONS 203

Total a Pagar \$ 2.400

Forma de Pago: Efectivo





HOJA DE ADMISIÓN

Episodio: 37366062

Identificación: TI 1070386612

DATOS DEL USUARIO

Nombre : MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Aseguradora: COMPENSAR CONTRIBUTI

Sede asignada: 10N USS FACATATIVA

Edad: 15 A Sexo: F

Teléfono: 3102162746

Causa Externa: Enf. General

Tipo de atención: Movimientos

Unidad de tratamiento: 10NTC TERAPIA FISICA CONTROL

Descripción del Servicio

Autorización: 213136042235277

TERAPIA FISICA INTEGRAL

Fecha y hora de servicio: 09/11/2021 06:31

Profesional: CRISTANCHO OBANDO ANGELICA MARIA

Dirección: CR 2 3 57 P 2 FACA

Teléfono: 4441234

Consultorio: 10N CONS 203

Total a Pagar \$ 2.400

Forma de Pago: Efectivo



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECIBO DE CAJA NO°. 14044235902610

**HOJA DE ADMISIÓN**

Episodio: 37302791

DATOS DEL USUARIO

Identificación: TI 1070386612

Nombre : MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Edad: 15 A Sexo: F

Aseguradora: COMPENSAR CONTRIBUTI

Teléfono: 3102162746

Sede asignada: 10N USS FACATATIVA

Causa Externa: Enf. General

Tipo de atención: Movimientos

Unidad de tratamiento: 10NTC TERAPIA FISICA CONTROL

Descripción del Servicio

Autorización: 213106067261676

TERAPIA FISICA INTEGRAL

Fecha y hora de servicio: 06/11/2021 07:15

Profesional: CRISTANCHO OBANDO ANGELICA MARIA

Teléfono:

Dirección:

Consultorio:

Total a Pagar \$ 2.400

Forma de Pago: Efectivo



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

860063942-7

CR 23 57

FACATATIVA



ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

DATOS DEL USUARIO

Tipo id: TI

Identificación: 1070386612

Nombres y apellidos: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Fecha de Nacimiento: 1/12/2005

Edad: 15 A

Sexo: F

Dirección: CR 4 B 16 09 URBANO

Teléfono: 0

Estado Civil: Soltero/a

Correo Electrónico: SRIVERA@GMAIL.COM

Celular: 3102162746

Aseguradora: COMPENSAR -PC

Sede asignada: 10N USS FACATATIVA

DATOS DE SERVICIO

Fecha y hora de servicio: 23/10/2021 11:30

Unidad de tratamiento: 10NTC TERAPIA FISICA

Profesional: ANGELICA CRISTANCHO OBANDO

Lugar: 10N CONS 203

Dirección: CR 2 3 57 P 2 FACA

Teléfono: 4441234

Observaciones:

Código	Descripción	Autorización
890211	CONSULTA 1 VEZ FISIOTERAPIA	212866021321188

Valor a pagar: Cuota Moderadora: \$ 3.500 Copago aproximado: \$ 0 Otro: \$ 0

En caso de no poder cumplir su cita, si es usuario Plan Complementario, comunicarse al 3078088, de lo contrario, comunicarse al 4441234, con más de una hora de anticipación.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

860066942-7

CR 2 3 57

FACATATIVA



compensar

salud

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

DATOS DEL USUARIO

Tipo id: TI

Identificación: 1070386612

Nombres y apellidos: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Fecha de Nacimiento: 1/12/2005

Edad: 15 A

Sexo: F

Dirección: CR 4 B 16 09 URBANO

Teléfono: 0

Estado Civil: Soltero/a

Correo Electrónico: SRIVERA@GMAIL.COM

Celular: 3102162746

Aseguradora: COMPENSAR -PC

Sede asignada: 10N USS FACATATIVA

DATOS DE SERVICIO

Fecha y hora de servicio: 14/10/2021 10:20

Unidad de tratamiento: 10NTC CIRUGÍA ORAL

Profesional: DANIELA MARULANDA GRAJALES

Lugar: 10N CONS 407

Dirección: CR 2 3 57 P 4 CS 407 FACA

Teléfono: 4441234

Observaciones:

Valor a pagar: Cuota Moderadora: \$ 0

Copago aproximado: \$ 0

Otro: \$ 0

En caso de no poder cumplir su cita, si es usuario Plan Complementario, comunicarse al 3078088, de lo contrario, comunicarse al 4441234, con más de una hora de anticipación.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR



860066942-7

CR 2 3 57

FACATATIVA

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

DATOS DEL USUARIO		Tipo id: TI	Identificación: 1070386612
Nombres y apellidos: MARIA JOSE RIVERA RIVERA		Edad: 15 A	Sexo: F
Fecha de Nacimiento: 1/12/2005		Teléfono: 3102162746	Estado Civil: Soltero/a
Dirección: CR 4 B 16 09 URBANO		Celular: 3102162746	
Correo Electrónico: SRIVERA@GMAIL.COM			
Aseguradora: COMPENSAR -PC			
Sede asignada: 10N USS FACATATIVA			
DATOS DE SERVICIO			
Fecha y hora de servicio: 06/10/2021 16:00			
Unidad de tratamiento: 10NTC TERAPIA FISICA			
Profesional: JENNYFER GUZMAN MEDINA			
Lugar: 10N CONS 203			
Dirección: CR 2 3 57 P 2 FACA			
Teléfono: 4441234			
Observaciones:			
Código	Descripción	Autorización	
890211	CONSULTA 1 VEZ FISIOTERAPIA	212706028660973	
Valor a pagar: Cuota Moderadora: \$ 3.500 Copago aproximado: \$ 0 Otro: \$ 0			
En caso de no poder cumplir su cita, si es usuario Plan Complementario, comunicarse al 3078088, de lo contrario, comunicarse al 4441234, con más de una hora de anticipación.			

NOVIEMBRE 05 DE 2021

BENEF. MARIA JOSE RIVERA RIVERA-HI EDAD 15

TI 1070386612

Programa POS C Estrato 1 Causa Ex.013 TRABAJADOR

CC 20352467

Institucion: INSTITUTO ROOSEVELT - MEDICO INSTITUCIONAL
CR 4 ESTE AV CIRCUNVALAR No 17 50 Tel: 3534016 3203110858 Fax: 3534010

Servicios Autorizados

890236 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Cantidad
1

PAGUE EN CONSULTORIO O INSTITUCION LA SUMA DE:

\$3.500

VAL Y TTO

Ingrid Viviana Gualteros Solano 20211105 Hora 17:20

RADIO X ENTER

Centro de Radiología Digital Oral y Maxilofacial

NIT. 900.311.422-4 Reg. Común Act. Económica 8514

Número de Formulario DIAN 18763004113749 Fecha 2020/02/08

Autoriza Desde 150001 Hasta 199590

Vigencia 18 Meses

Señor.(es):

Dirección:

Tel.:

FACTURA DE VENTA

№ 155150

FECHA	18	12	20
-------	----	----	----

CANT.	CONCEPTO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	Panorámica Foto x2		3500w
		SUB-TOTAL	3500w
		IVA %	
		TOTAL	3850w

Facatativa (Cund.)

Calle 8 No. 6-59 Tel: 842 9548 Tel / Fax 842 4473 Cel.: 314 2354721

radioxenter@gmail.com

www.radioxenter.com

compensar | eps
salud

CC 20352467

Servicios Autorizados
890248 GENÉTICA MÉDICA 1A VEZ CONSULTA

Cantidad
1

PAGUE EN CONSULTORIO O INSTITUCION LA SUMA DE: \$3.500

YINDI MARCELA RICO QUINTANA 20210917 Hora 09:58

AUTORIZACION DE SERVICIOS

SEPTIEMBRE 17 DE 2021



POS. CONTRIBUTIVO Sede de asig USS FACATATIVA RED CENT 212609806358801

BENEF. MARIA JOSE RIVERA RIVERA-HI EDAD 15

TI 1070386612

Programa POS C Estrato 1 Causa Ex.013 TRABAJADOR

CC 20352467

Institucion: HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - MEDICO INSTITUCIONAL

KR 14 1 13 Tel: 5802222 3282510

Servicios Autorizados

890248 GENÉTICA MÉDICA 1A VEZ CONSULTA

Cantidad

1

PAGUE EN CONSULTORIO O INSTITUCION LA SUMA DE:

\$3.500

YINDI MARCELA RICO QUINTANA 20210917 Hora 09:58

AHORA PUEDES DESCARGAR RESULTADOS DESDE
TU CASA REGISTRANDOTE A TRAVES DE
NUESTRA PAGINA WEB

www.idime.com.co/entregaresultados.html
Ingresa tu número de documento y
contraseña

PROBLEMAS CON TUS RESULTADOS?
Comunicate al (1) 770 3370 o
email: entrega.resultados@idime.com.co

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.
IDIME S.A.
Nit: 800065398-2

***** FACTURA DE VENTA *****
Número: P02-686539

Fecha: 09 octubre de 2021 12:57 p.m.
Orden de servicio: 3031598
Sede: BOG NORTE
Facturado por : CLARA CORTES
Paciente:-
MARIA JOSE RIVERA RIVERA
Documento: 1070386612
: 3102162746
Email: srivieraforero@gmail.com

Tel

Tipo Pte : Plan Obligatorio de Salud
Nombre de examen:
RM ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR Cant. 1

Copago / Costo medicina = \$ 30.000 ✓

ACTIVIDAD ECONOMICA I.C.F.A. 86911
EXCLUIDOS DEL IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
Res. 9061 del 12/2020

NUMERACION AUTOMATICA POR RESOLUCION
18764012933827 DEL 01/03/2019 DIAN
DEL 654974 AL 1000000

Esta factura de venta tiene en
todos sus efectos legales la fuerza de
cambio, Art. 774 del Código de Comercio.

ENTREGA DE RESULTADO

FECHA: _____ HORA: _____

Horario:

Lunes a Viernes 06:00 am a 08:00 pm

Sabado 06:00 am a 07:00 pm

Domingo 08:00 am a 05:00 pm

MARIA JOSE RIVERA RIVERA

HC: 1070386612

REF:3031598

SEDE: BOG NORTE

ENTREGA DE RESULTADOS

09/10/2021

02/3031598/1



ORDENES CLÍNICAS**10X - FISIATRÍA**

No. OC15196487

FECHA Y HORA DE SOLICITUD:2021-07-31 13:01:06**NO. AUTORIZACIÓN:****PACIENTE:**MARIA RIVERA RIVERA**EPISODIO:** 34366402**EDAD:**15 A**ASEGURADORA PLAN:**COMPENSAR -PC**UNIDAD MÉDICA:** 10XM_FIS**PRESTADOR:****TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** TI**SEXO:** Femenino**PRIORIDAD:**001**IDENTIFICACIÓN:**1070386612**TIPO DE PACIENTE:** Cat. A: Beneficiario**TIPO DE ATENCIÓN:** Ambulatorio**CAUSA EXTERNA:** Enf. General**UE:** 10NC313**DIAGNÓSTICOS:**L948**Código CUPS**

890364

Descripción

CONSULTA CONTROL MEDICINA FISICA Y REHABILITACION-

LAT. Cantidad Fecha Preferente

SIN 0001

Firma:**CC:****Especialidad:****Firma:****CC:****Especialidad:**PEDIATRIA

CAMPO RODRIGUEZ LUIS ORLANDO

6136225

Radicado 7483947.

AV americana # 43a32

Dr Maria Fonsecas

9400n

9 octubre.

26 NOV 1940

16 octub 820
celebracion. Molana



RECIBO DE CAJA

NIT. 899999123-7 Telefono(s) 3811970

RECIBIMOS DE: RIVERA RIVERA MARIA JOSE

PACIENTE: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

No. HISTORIA: 1070386612

EMPRESA: COMPENSAR EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO

CONVENIO: COMPENSAR CONTRIBUTIVO

TIPO DE ATENCION: AMBULATORIO

RECIBO No. O200019342

FECHA EXPEDICION:

2020/09/08 01:15:58PM

FECHA IMPRESION:

2020/09/08

HORA:

01:16:03PM

TIPO DE PACIENTE: BENEFICIARIO

ESTRATO: A

Código	Centro Costo	Prestación	Cantidad	Valor Unitario	Valor
890252	150011	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1	3.400,00	3.400

Observaciones :

c h e q u e	Banco	Cheque No	Postfechado	Plaza	Valores	Total
E n c u e r a	Tarjeta	Numero		Venc. Año/Mes	Valores	Total
					Efectivo :	3.400
Valor Bruto : 3.400 Descuento:						3.400

SUBTOTAL	3.400
(%) DESCUENTO	
VALOR IVA	
VALOR INCLUIDO IVA	
AJUSTE A LA DECENA	0
TOTAL	3.400

Asignado Por: SINDY LORENA ALFONSO NOVA

FIRMA Y SELLO CAJERO: _____

FIRMA USUARIO: _____

2021	
Genética - HOMI	20-09-2021
Reumatología- cayre	24-09-2021
IDIME	09-10-2021
Psiquiatría	15-12-2021

2022	
Maxilofacial – Roosevelt	13-01-2022
Maxilofacial – Roosevelt	10-02-2022
Reumatología- cayre	13-05-2022
Genética - HOMI	09-06-2022
Maxilofacial – Roosevelt	23-06-2022
	30-06-2022
Fisiatría –Rangel	09-08-2022
Reumatología- cayre	06-09-2022
Neurología	21-09-2022

2023	
IDIME-toberin	03-01-2023
Ortesis y prótesis- Rangel	30-01-2023

0/1/23, 14:02

PAULO MENDEZ
3112220560

Copia de RANGELITO CHIVA - Documentos



Bogotá D.C. 30/01/2023

Srita MARIA JOSE RIVERA

TI 1070386612

CC Edificio Forest Medical Center Cra 7B Bis # 132 – 38 Piso 5

PBX: (571) 745 6047 Bogotá D.C. – Colombia

Email: info@rangelrehabilitacion.com.co

www.rangelrehabilitacion.com.co

SE SUGIERE PLANTILLAS PARA MIEMBROS INFERIORES EN MATERIAL SEMIRRIGIDO, FORMADAS BAJO MOLDE Y TALLA DE PACIENTE, CON REALCE ESCAFOIDEO DE 10MM Y REALCE POSTEROINTERNO DE 5MM PARA USO CON CALZADO CONVENCIONAL. TOTAL #2 DOS.

M214

Yudith Chivata Chivata
Medicina Física y Rehabilitación
CC: 52.814.113

0/1/23, 14:02

PAULO MENDEZ
3112220560

Copia de ... RANGITO CHIVA - Documentos



Bogotá D.C. 30/01/2023

Srita MARIA JOSE RIVERA

TI 1070386612

CC Edificio Forest Medical Center Cra 7B Bis # 132 – 38 Piso 5

PBX: (571) 745 6047 Bogotá
Email: info@rangelrehabilitacion.com
www.rangelrehabilitacion.com

SE SUGIERE PLANTILLA
MOLDE Y TALLA DE PACIENTE
PARA USO CON CALZADO

MIEMBROS INFERIORES EN MATERIAL SEMIRRIGIDO, FORMADAS BAJO
UN REALCE ESCAFOTOMIO EN MATERIAL SEMIRRIGIDO, FORMADAS BAJO
MODIFICACIONAL. TOTAL#2 COQUEO DE 10MM Y REALCE POSTEROINTERNO DE 5MM
DOS.

M214

Yudith ... Chivato
Medicina ...
CC: 52 ...
814-113

0Y1FntIXRWcoQ/edi

Tipo y número de identificación: 11 107 000012	
Paciente: MARIA JOSE RIVERA RIVERA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 01/12/2005	
Edad y género: 16 Años y 6 meses, Femenino	
Identificador único: 624108	Responsable: COMPENSAR E.P.S

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 23/06/2022 11:44 - Ambulatoria - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010 - Ubicación: C.EXT. SEGUNDO PISO

Evolucion Consulta Externa - Tratante - CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Paciente de 16 Años y 6 meses, Género Femenino

Diagnósticos activos antes de la nota: TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (En Estudio), DIENTES INCLUIDOS.

Indicador de rol: Tratante Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Subjetivo, Objetivo, Analisis: PACIENTE QUIEN ASISTE EL DE HOY PROGRAMADO PARA EXODONCIA 38-48 BAJO ANESTESIA LOCAL

EL PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDE A PROTOCOLO POR PANDEMIA COVID 19. PREVIA VERIFICACIÓN Y FIRMA DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS ESTÉRILES. SE REALIZA BLOQUEO NERVIO DENTARIO INFERIOR, BUCAL LARGO, LINGUAL BILATERAL CON INFILTRACIÓN DE LIDOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1:80. 000. SE REALIZA INCISIÓN, SINDESMOTOMÍA, LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO, OSTEOTOMÍA PERICORONAL, ODONTOSECCIÓN, LUXACIÓN Y EXODONCIA QUIRÚRGICA DEL 38-48. SE REALIZA CURETAJE DEL ALVEOLO, LAVADO PROFUSO, SUTURA CON VICRYL 3-0. SE VERIFICA HEMOSTASIA. EL PROCEDIMIENTO FINALIZA SIN COMPLICACIONES.

Sin resultados nuevos

Presión arterial (mmHg): 90/48, Presión arterial media(mmHg): 62 Frecuencia cardiaca(Lat/min): 79 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18 Temperatura(°C): 36 Saturación de oxígeno(%): 92 Escala del dolor: 3
Peso(Kg): 66 Talla(cm): 155 Índice de masa corporal(Kg/m2): 27. 47 Superficie corporal(m2): 1. 69

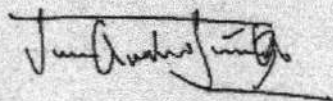
Diagnósticos activos después de la nota: K010 - DIENTES INCLUIDOS, K076 - TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (En Estudio).

Plan de manejo: MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO AMBULATORIA
INCAPACIDAD
CONTROL POP EN 1 SEMANA

INDICACIONES:

1. EXCELENTE HIGIENE ORAL 5 VECES AL DÍA
2. SEGUIR FORMULACIÓN MÉDICA INDICADA
3. COLOCAR HIELO EN ZONA INTERVENIDA, CALOR LOCAL POSTERIOR AL 3ER DÍA
4. NO ESCUPIR, NO REALIZAR BUCHES, NO UTILIZAR PITILLOS
5. DIETA FRÍA LOS PRIMEROS 2 DÍAS, CONTINUAR CON DIETA A TOLERANCIA
6. EVITAR COMIDA IRRITANTE, ACIDA O MUY CONDIMENTADA
7. NO EXPOSICIÓN AL SOL, ACTIVIDAD FÍSICA RESTRINGIDA
8. NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS.
9. ASISTIR A CITA CONTROL

SIGNOS DE ALARMA: EN CASO DE PRESENTAR SANGRADO ABUNDANTE, SALIDA DE PUS POR LA HERIDA, ENROJECIMIENTO Y AUMENTO DE CALOR EN REGIÓN FACIAL O FIEBRE ACUDIR AL CENTRO DE URGENCIAS.



Firmado por: JAIME ANDRES JIMENEZ ALVAREZ, CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, Registro 79724013, CC 79724013

Firmado electrónicamente

Documento impreso el día 23/06/2022 12:20:29

HISTORIA CLINICA

Nº de ingreso: 1514268

Fecha Consulta: 6/09/2022 10:36:22 a. m.

Sede: BOGOTA - CARRERA 12 No 98 - 38

Datos Personales

Nombre Paciente: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Identificación Pte: 1070386612

Fecha Nacimiento: 1/12/2005 12:00:00 a. m.

Edad: 16 Años \ 9 Meses \ 5 Días

Estado Civil: Soltero

Sexo: Femenino

Dirección Pte: CARRERA 4 NÚMERO 17 A 21

Teléfono Pte: 3228557286

Procedencia: FACATATIVA

Finalidad de Consulta: No_Aplica

Ocupación:

Causa Externa: Enfermedad_General

Datos Afiliación

EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Nit: 860066942

Plan de Beneficio: COMPENSAR REUMATOLOGIA CONTRIBUTIVO

Dirección Eps: CALLE 68 N° 8-13 / 25

Teléfono Eps: 4280666

Municipio: Bogotá, D.C

Nº Contrato: CSS076-2016

Nombre del acompañante:

Teléfono del acompañante:

Nombre del acudiente: SANDRA RIVERA

Teléfono del acudiente: 3102162746

Parentesco: MADRE

Fecha: 06/09/2022

Hora: 10:24:05

Tipo de Consulta:

+ Anamnesis

Motivo de Consulta: SE ATIENDE PACIENTE CON MEDIDA DE PROTECCIÓN GORRO, TAPABOCA, BATA ANTIFLUIDO.

PRIMERA VEZ REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

EDAD: 15 AÑOS

ACOMPANANTE: SANDRA RIVERA

TELÉFONO: 3102163746

DOCUMENTO: 1070386612

DX

*HIPERMOVILIDAD ARTICULAR

*SÍNDROME DE AMPLIFICACIÓN DOLOROSA

*FX MUÑECA Y FX REJA COSTAL

*LUXACIÓN DE ATM

SM Y RNP POSITIVOS DESDE EL 2017

TTO ACTUAL:

NINGUNA

TTO PREVIO

LORATADIN

KETOTIFENO

RESCATE * PSICOLOGÍA

VITAMINA D 2000 UDS DÍA

S/REFIERE PERSISTENCIA DEL DOLOR EN REJA COSTAL Y EN HOMBROS

Enfermedad Actual:

**FISIATRÍA 09/0/2022 USA PLANTILLAS

FORMULADAS POR ORTESIS CON BUENA ADAPTACIÓN Y MEJORA DE DOLOR. PRACTICA YOGA Y EJERCICIOS DE RESISTENCIA CON BENEFICIO ANALGESICO. AL EXAMEN FISICO ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS Y FUNCIONALES DOLOROSOS EN HOMBROS NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. TONO Y TROFISMO NORMAL. NORMOREFLEXIA, INDEPENDIENTE EN TODAS SU ACTIVIDADES, SIN LIMITACION FUNCIONAL, INDICE BEIGHTON 7/9, ULTIMO CAMBIO DE PLANTILLAS HACE 2 AÑOS SE ORDENA: 1. ECOGRAFIA DE HOMBRO BILATERAL 2. RX DE PIES Y MMII PANORAMICA 3. CONTROL OYP4. FST - IPS PRIMARIA / HIPERLAXITUS / MOVILIDAD ARTICULAR Y POSTURAL 5. T OCUPACIONA / HIPERLAXITUD - AHORRO ARTICULAR 6. CONTROL CON RESULTADOS

*PSIQUIATRÍA DIC 2021 ANSIEDAD SE REMITE A PSICOLOGIA CONTROL CON REPORTES

INDICACION MEDICA

Fecha de Prescripción: 6 de septiembre de 2022

Datos Personales

Nombre Paciente: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Identificación: 1070386612

Fecha Nacimiento: 01/diciembre/2005

Edad: 16 Años \ 9 Meses \ 5 Días

Nacimiento:

Estado Civil: Soltero

Sexo: Femenino

Dirección: CARRERA 4 NÚMERO 17 A 21

Teléfono: 3228557286

Procedencia: FACATATIVA

EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Causa Externa: Enfermedad_General

Plan de Beneficio: COMPENSAR REUMATOLOGIA CONTRIBUTIVO

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle: PACIENTE VALORADA POR REUMATÓLOGA EN 2018 POR FX RECURRENTE (3FX) AL PARECER SIN TRAUMA, SE REALIZÓ SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGÍA, Y GENÉTICA SIN ALTERACIONES PATOLÓGICAS SOLO DÉFICIT DE VITAMINA D CON HISTORIA DE ARTROMIALGIAS DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS AL EF CON HIPERMOVILIDAD POR LO QUE FUE VALORADA POR REUMATOLOGÍA EN HOMI ENTRE EL 2018-2019 SIN DATOS DE INFLAMACIÓN REGRESA A CAYRE EN SEPT 2021 CON CUADRO DE DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERALIZADO HAY ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO PUNTO GATILLO NO HAY INFLAMACIÓN, HAY PERSONALIDAD ANSIOSOS CEFALEA CRÓNICA, DOLOR TORÁCICO SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE CURSA CON SD DE AMPLIFICACIÓN DOLOROSA FINALMENTE HAY HISTORIA FAMILIAR DE ARTROPATÍA NO TENEMOS DX, CON SM Y RNP POSITIVOS DESDE EL 2017 SIN COMPROMISO DE ÓRGANOS SIN CRITERIOS DX DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE REGRESA EN MAYO 2022 PERSISTEN ARTROMIALGIAS DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS QUE HAN MEJORADO, YA VALORADO POR PSIQUIATRÍA SE INICIÓ PSICOTERAPIA PTE CONTROL, VALORADO POR FISIATRÍA PTE CONTROL SE INDICA MANEJO EN LAB HAY DESCENSO DE LEUCOS Y LINFOCITOS AUN EN RANGOS ACEPTADOS REGRESA HOY SEPT CUADRO CLÍNICO SIN CAMBIOS LAB CON LEUCOS ESTABLES SIN LINFOPENIA SM + RNP + SIN COMPROMISO DE ÓRGANOS, SE MONITORIZARÁ. SE LE EXPLICA A LA MADRE

PLAN:

VITAMINA D 2000 UNIDADES

PROTECCIÓN SOLAR

SEGUIMIENTO PSIQUIATRA, MD FÍSICA

PTE VALORACION POR MEDICINA DEL DEPORTE

EJERCICIO MÍNIMO 5 VECES POR SEMANAS SE SUGIERE NATACIÓN PILATES YOGA

EVITAR EJERCICIO DE ALTO IMPACTO

CONTROL EN 3 MESES

P. Guarnizo
Dra. Pilar Guarnizo Zuccardi
REUMATOLOGA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
CC 64570069 - RM 0270-99

Firma

PILAR GUARNIZO ZUCARDI
REUMATOLOGIA PEDIATRICA

Tarjeta Profesional: TP-64570069

HISTORIA CLINICA

NIT: 830027158-3

Nº de ingreso: 1391090

FECHA CONSULTA: 13/05/2022 10:09:32 a. m.

Folio Nº: 2

Datos Personales

Nombre Paciente: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Identificación Pte: 1070386612

Fecha Nacimiento: 1/12/2005 12:00:00 a. m.

Edad: 16 Años \ 5 Meses \ 12 Dias

Estado Civil: Soltero

Sexo: Femenino

Dirección Pte: CARRERA 4 NÚMERO 17 A 21

Teléfono Pte: 3228557286

Procedencia: FACATATIVA

Finalidad de Consulta: No_Aplica

Ocupación:

Causa Externa: Enfermedad_General

Datos Afiliación

EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Nit: 860066942

Plan de Beneficio: COMPENSAR REUMATOLOGIA CONTRIBUTIVO

Dirección Eps: CALLE 68 N° 8-13 / 25

Teléfono Eps: 4280666

Municipio: BOGOTÁ D.C.

Nº Contrato: CSS076-2016

Nombre del acompañante:

T. no del acompañante:

Nombre del acudiente: SANDRA RIVERA

Teléfono del acudiente: 3102162746

Parentesco: MADRE

Fecha: 13/05/2022

Hora: 09:46:23

Tipo de Consulta:

+ Anamnesis

Motivo de Consulta: SE ATIENDE PACIENTE CON MEDIDA DE PROTECCIÓN GORRO, TAPABOCA, BATA ANTIFLUIDO.

PRIMERA VEZ REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

EDAD: 15 AÑOS

ACOMPANANTE: SANDRA RIVERA

TELÉFONO: 3102163746

DOCUMENTO: 1070386612

DX

*HIPERMOVILIDAD ARTICULAR

*SÍNDROME DE AMPLIFICACIÓN DOLOROSA

*FX MUÑECA Y FX REJA COSTAL

*LUXACIÓN DE ATM

SM Y RNP POSITIVOS DESDE EL 2017

TTO ACTUAL:

RESCATE * PSICOLOGÍA

VITAMINA D 2000 UDS DÍA

TTO PREVIO

LORATADIN

KETOTIFENO

S/REFIERE PERSISTENCIA DEL DOLOR EN REJA COSTAL Y EN HOMBROS, CODOS, EMPEORAMIENTO EN DIC 2022 Y OTRO EN ABRIL 2022, DURANTE LA CRISIS TOMA IBUPROFENO.

Enfermedad Actual:

OTRAS VALORACIONES

*PSIQUIATRÍA DIC 2021 ANSIEDAD SE RTMIEA APSICOLOGIA CONTOR CON REPORTES

**FISIATRÍA 16/10/2021 PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD CON HIPOVITAMINOSIS D EN MANEJO NUTRICIONAL Y SUPLEMENTARIO, ADEMÁS CON HIPERLAXITUD CRITERIOS DE BEIGHTON 7, EN EL MOMENTO SIN DOLOR ARTICULAR, ASINTOMÁTICA, NO EDEMA ARTICULAR, EN SEGUIMIENTO PRO REUMATOLOGÍA, AL EXAMEN FÍSICO ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS Y FUNCIONALES NO DOLOROSOS, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIV, TONO Y TROFISMO NORMAL, NO SINOVITIS, NO SIGNOS RADICULARES, NORMOREFLEXIA, INDEPENDIENTE EN TODAS SU ACTIVIDADES, SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL, PIE PLANO GRADO III Y RETROPIÉ EN VALGO USANDO PLANTILLAS CON BUENA ADAPTACIÓN ORTESICA, EN EL MOMENTO CONSIDERO SEGUIMIENTO EN 6 MESES. SE EXPLICA A MADRE Y PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: TI 1070386612	
Paciente: MARIA JOSE RIVERA RIVERA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 01/12/2005	
Edad y género: 16 Años y 2 meses, Femenino	
Identificador único: 624108	Responsable: COMPENSAR E.P.S

Página 1 de 2

NOTAS MÉDICAS

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 10/02/2022

Grupo	Descripción
Alergicos	NIEGA
Reconciliación Medicamentosa	NIEGA
Patológicos	ARTROSIS
Hospitalarios	NIEGA
Quirúrgicos	10 CX CADERA, RINOPLASTIA
Anestésicos	NIEGA
Transfusionales	NIEGA
Toxicológicos	NIEGA
Trasplantes	NIEGA
Grupo Sanguíneo	Grupo Sanguíneo: O Rh: Positivo

Fecha: 10/02/2022 09:21 - Ambulatoria - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010 - Ubicación: C.EXT. TERCER PISO

Vota de Ingreso Consulta Externa - Tratante - CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Diagnósticos activos antes de la nota: TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (En Estudio).

Indicador de rol: Tratante Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Motivo de Consulta, Enfermedad Actual: PACIENTE ASISTE A CONTROL POR DESARREGLO INTERNO DE ATM BILATERAL. A QUIEN SE LE INDICA TERAPIA TERMICA, DIETA LIQUIDA Estricta, CAMBIOS POSTURALES. PACIENTE REFIERE MEJORIA DE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA.

RX PANORAMICA 09/2/2022: SE EVIDENCIAN TERCEROS MOLARES INCLUIDOS NO LA 5. DIENTE 38 CON RADICLUCIDEZ PERICORONAL, CONDILSO EN ADECUADA POSICION Y MORFOLOGIA. Revisión Física:
Organos de los Sentidos: Normal
Sin resultados nuevos

Presión arterial (mmHg): 110/70, Presión arterial media (mmHg): 83 Frecuencia cardiaca (Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria (Respi/min): 17 Temperatura (°C): 36.5 Escala del dolor: 0 Peso (Kg): 66 Talla (cm): 156

Examen Físico:

Cabeza

Cráneo y Cara: Normal

Diagnósticos activos después de la nota: K076 - TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (En Estudio), K010 - DIENTES INCLUIDOS.

Plan de Manejo/Información y Recomendaciones: PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS EN CONTROL POR DESARREGLO INTERNO ATM BILATERAL. PACIENTE REFIERE MEJORIA DE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA. TRAE RX PANORAMICA DONDE SE EVIDENCIAN TERCEROS MOLARES INCLUIDOS. DADO LO ANTERIOR, SE INDICA CONTINUAR CON TERAPIA TERMICA. SE AUTORIZA INICIO DE DIETA BLANDA Y SE GENERA ORDEN DE EXODONCIA DE 38-48 BAJO ANESTESIA LOCAL.

Firmado por: JAIME ANDRES JIMENEZ ALVAREZ, CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, Registro 79724013, CC 79724013

ORDENES MÉDICAS

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 11/04/2022 11:52:00

Ficha Biopsicosocial

Fecha Registro : 15.12.2021 Hora : 10:37

Tipo Cita : Primera Vez

Frame Motivo de la Consulta

Motivo de la Consulta : Individual

Frame de Remisión

Tipo Remisión Psicológica : Remisión

Tipo Atención : Ambulatorio

Motivo de Consulta : PSIQUIATRIA PRIMERA VEZ **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:** Femenina 16 años. Vive con los padres, tiene un hermano mayor que no vive con ella. Escolarizada en décimo grado con buen rendimiento académico. ASISTE con la madre. REMITIDO psiquiatría. **MOTIVO DE CONSULTA** " control psiquiatría infantil, paciente con diagnostico de trastorno de síntomas somáticos" **ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente femenina de 16 años, con cuadro clínico de 4 años de evolución de mialgias y artralgias, que al parecer son por artritis juvenil y osteomalacia. La madre no trae historias clínicas de otros especialistas. comenta que los ANA, factos reumatoide, cambian en reportes. La niña insiste en tener dolor urente en costillas, hombros, no existe tratamietno para el dolor, solo suplencia con vitamina D. Adicionalmente existe discrepancia en el dx por parte de especialidades " genetica osteogenesis imperfecta por fracturas patologicas", " reumatologia no sale nada", " fisiatria que si tiene artrosis". La paciente comenta que el dolor le trae animo triste, llanto, ansiedad " no se que tengo y me preocupa". Fue vista por psiquiatría infantil en clinica nuestra señora de la paz donde indican que haran seguimiento de sintomas afectivos y recomiendan yoga para relajación. La madre comenta que la niña es psicorrigida, le cuesta fallar en el colegio " perder materias". **ANTECEDENTES:** Patológicos: hiperlaxitud, artrosis juvenil, osteomalacia, deficiencia de vitamina D, bruxismo, luxacion ATM, Displasia bilateral de caderas, fistulas preauriculares. Farmacologicos: vitamina D Qx: Reduccion luxación de caderas Alergicos: niega.

Porte y Actitud : EXAMEN MENTAL: Ingresa con la madre, porte cuidado, una actitud cordial. Se encuentra alerta, orientada en 3 esferas, euprosexica, eulalica, con afecto modulado de fondo ansioso. Pensamiento concreto, lógico, coherente, tangencia, con ideas fijas de enfermedad " creo que tengo una enfermedad, eso me preocupa. No actitud alucinatoria, introspección nula, prospección incierta, juicio debil.

Funciones de Relación

Expresión Facial

Alerta : No
Inexpresiva : No
Tensa : No
Temor : No
Preocupada : No
Triste : No
Irritable : No
Alegre : No
Observaciones Expresión Facial :

Habla :
Eulálico : No
Débil : No
Monótono : No
Indebidamente Fuerte : No
Tartamudeante : No
Taquilálico : No
Bradilálico : No
Observaciones Habla :

Actividad Conductual

Agitado : No
Hipoactivo : No
Abulia : No
Inmóvil : No
Adecuado : No

NIT: 830027158-3

NOTAS ACLARATORIAS

Nº de ingreso: 1175713

FECHA CONSULTA: 24/09/2021 11:55:48 AM

Folio Nº: 1

Datos Personales

Nombre Paciente: MARIA JOSE RIVERA RIVERA

Identificación Pte: 1070386612

Fecha Nacimiento: 1/12/2005 12:00:00 AM

Edad: 15 Años \ 9 Meses \ 23 Días

Estado Civil: Soltero

Sexo: Femenino

Dirección Pte: CARRERA 4 NUEMRO 17 A 21

Teléfono Pte: 3228557286

Procedencia: FACATATIVA

Finalidad de Consulta: No_Aplica

Ocupación:

Causa Externa: Otra

Datos Afiliación

EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Nit: 860066942

Plan de Beneficio: COMPENSAR MONTO FIJO REUMATOLOGIA

Dirección Eps: CALLE 68 N° 8-13 / 25

Teléfono Eps: 4280666

Municipio: BOGOTA D.C.

Nº Contrato:

Nombre del acompañante: SANDRA RIVERA

Documento del acompañante: 3102162756

Nombre del acudiente: SANDRA RIVERA

Teléfono del acudiente: 3102162746

Parentesco: MADRE

Nota Aclaratoria

SE ATIENDE PACIENTE CON MEDIDA DE PROTECCIÓN GORRO, TAPABOCA, BATA ANTIFLUIDO. PRIMERA VEZ REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA EDAD 15 AÑOS ACOMPAÑANTE: SANDRA RIVERA TELÉFONO: 3102163746 DOCUMENTO: 1070386612 MC: REFIERE QUE HACE 4 AÑOS PRESENTA DOLOR ARTICULAR, REFIERE QUE 2015 INICIA CON FRACTURAS HA TENIDO 1 FX MUÑECA Y FX REJA COSTAL POR OQ QUE INICIAN ESTUDIOS REFIERE QUE HACE 2 AÑOS INICIA CON DOLOR EN REJA COSTAL, Y DOLOR ARTICULAR GENERALIZADO VALORADO POR REUMATOLOGÍA, INICIALMENTE EL DOLOR ERA MECÁNICO, REFIERE QUE HA PRESENTADO INFLAMACIÓN DE MANSO 2-3 DÍAS, EDEMA DE TOBILLOS EL MÁS LARGO 24/48 HORAS, EPISODIOS TTO ACTUAL: NUCTIS D LORATADIN KETOTIFENO TTO PREVIONINGUNO OTRAS VALROACONES **GENÉTICA 20/09/2021 ESTUDIO DE GENES COL1A1-COL1A2 NEGATIVO SS TAMIZAJE PARA GLUCOCEREBROSIDASIS **GINECOLOGÍA JUNIO /2021 TRASTORNO MENSTRUUAL **ORL 23/02/2021 RINITIS ALERGICA **FISIATRÍA 23/12/2020 PACIENTE QUIEN ASITE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ANVIEL DE MIEMBROS INFERIORES ASOCIADO A ALTERACIONES POSTURALES Y CIADASY TROPEXONES FRECUENTES PSARA CLINICOS NORMALES-. SIN ALTERACIONES MSUCULARES O ESTRUCTURALES. POR ALTERACIONES EN EL PIE REMITEN PARA EVOLUCION. **HEAMTOLOGIA MAYO 2020 SS ESTUDISO CONTROL CON REPORTE REUMATOLGOA 10/9/2021 HOMI A MECANCIAS **ENDOCRINOLOGIA 06/08/2019 PCIENTE CON CMO NORMAL Y DXA SIN ALTERACION, DOY DE ALTA POR ENDOCRINO, REMITO A HEMATOOGIA POR ATCD ENF VON WILLEBRAND Y GINECOLOGIA REVISIÓN POR SISTEMAS-CEFALEA: SI 2 VECES POR SEMANA-VISIÓN BORROSA: USA GAFAS -CAÍDA DEL CABELLO CON TRACCIÓN -ÚLCERAS ORALES: SI EN MUCOSA YUGAL-ADENOPATÍAS: NO-DOLOR TORÁCICO: SI, 1/7 DÍAS -DOLOR ABDOMINAL: SI -DISURIA: NO -ORINAS HIPERCOLOREADAS: NO-HÁBITO INTESTINAL: ESTREÑIMIENTO -FIEBRE: NO-BROTES EN LA PIEL: NO-ARTRALGIAS: ATM SI, HOMBROS SI, CODOS SI, MUÑECAS SI, MCF SI, IFP SI LUMBALGIA SI-, GLÚTEO NO, COXALGIA NO RODILLAS SI TOBILLOS SI PIES NO -ARTRITIS MANOS Y PIES-RAYNAUD CIANOSIS, SI ROJAS NO PALIDEZ NO PARESTESIAS, NO -INFECCIONES: NO-HÁBITO DE SUEÑO, IN SUEÑO DE CONCILIACIÓN SI - INSOMNIO DE MANTENIMIENTO 1/7 SUEÑO NO REPARADOR ESCOLARIDAD "BIEN". ANTECEDENTES: PA TOLÓGICOS: DÉFICIT DE VITAMINA D - OSTEOMALACIA HOSPITALARIOS: PARA PROC QX/ FISTULAS PREAURICULARES FARMACOLÓGICOS: NOTÓXICO ALÉRGICOS NEGAFAMILIARES: LUPUS PRIMA SEGUNDA AR PADRE/ABUELA DIABETES, BISABUELOS TIROIDES, TIA SEGUNDA PSORIASIS NO MADRE CON VON WILLEBRAND PARA CLÍNICOS 19/09/2021 PCR 2.55 FR NEG RO 4.0 LA 1.8 SM 80.8 RNP 55.5 ANAS NEG LEUCOS 559 N 58.1 L 30.1 L 1680 HB 14.9 PLT 291.000 VSG 8.0 TSH 1.63 15/01/2021 VIT D 24.617/12/2020 EMG NORMAL 04/09/2020 RX DE CADERAS CONCAVIDAD ACETABULAR CON DEFICION ADECUADA, PEQUEÑA EXOSTOIS LATERAL EN ILIACO DERECHO POR OSTEOTOMIA ANTIGUA LEVE DISINUCION DE LA ESFECRIDADE LAS CABEZAS FEMORALES 15/08/2020 RMN SI NEG PARA INFLAMACION LUMBO SACRA NORMAL 15/07/2020 PTT CRUZADO NORMAL 29/07/2020 CPK 60 RO 1.5 LA 1.5 SM 44 RNP 27.5 ANAS NEG JULIO 2019 CALCIO 9.5 CREAT 0.6 FOSFATASA ALCALINA 121 FOSFORO 4.2 MG/1.8 CALCIURIA 18 CREATINURIA 140 REL 0.1 TSH 1.0 T4L 1.01 PTH 24 FSH 3.0 LH 30 25OHD 24.2 IGF1 289 PRL 1918/5/2019 ECOCARDIOGRAMA NORMAL 18/10/2018 SM 78.7 RNP 100.52 RO NEG LA NEG ANAS NEG ABRIL 2018 DENSITOMETRIA POR DXA CON L1L4 0.841 GR/CM2 (0.8) Y CUERPO TOTAL 0.813 GR/CM2 (-0.4) CMO VS AREA PERC 62 TALLA PERC 30 AREA VS TALLA PERC 17 CMO VS TALLA PERC 91 CMO VS MCM PERC 1 ABRIL DE 2017 ANTI DANNEG SECUENCIACION DE GEN COL1A1 COL1A2 SN ALTERACIONES GAUCHER NEG EXAMEN FÍSICO: PESO 57 KG TALLA 155.5 CM TA MMHG FC LPMCABEZA-CUELLO CABELLO DE IMPLANTACIÓN NORMAL, NO CAÍDA, NO ÁREAS DE ALOPECIA, NO ADENOPATÍAS TIROIDES PALPABLE NORMAL, CARDIO-PULMONAR: PRECORDIO NORMODINAMICO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIMÉTRICOS SIN AGREGADOS. GASTRO-INTESTINAL: ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO SE PALPAN MASAS MEGALIASGU NO SE EXPLORA EXTREMIDADES HIPERMÓVILIDAD PUNTOS GATILLO ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO: PACIENTE VALORADA POR REUMATOLOGA EN 2018 POR FRX RECURRENTE (3FX) AL PARECER IN TRAUMA, SE REALIZÓ SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGÍA, Y GENÉTICA SIN ALTERACIONES PATOLÓGICAS SOLO DÉFICIT DE VITAMINA D CON HISTORIA DE ARTROMIALGIAS DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS AL EF CON HIPERMÓVILIDAD POR LO QUE FUE VALORADA POR REUMATOLOGÍA EN HOMI ENTRE EL 2018-2019 SIN DATOS DE INFLAMACIÓN AHORA CON CUADRO DE DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERALIZADO HAY ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO PUNTO GATILLO NO HAY INFLAMACIÓN, CHAY PERSONALIDAD ANSIOSA CEFALEA CRÓNICA, DOLOR TORÁCICO SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE CURSA CON SD DE AMPLIFICACIÓN DOLOROSA FINALMENTE HAY HISTORIA FAMILIAR DE ARTROPATÍA NO TENESO DX, CON SM Y RNP POSITIVOS DESDE EL 2017 SIN COMPROMISO DE ÓRGANOS SIN CRITERIOS DX DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE SE LE EXPLICA A LA MADRE PLAN: SEGUIMIENTO POR MEDICINA DEL DEPORTE PROTECCIÓN SOLAR SS PSIQUIATRA EJERCICIO MÍNIMO 5 VECES POR SEMANAS SE SUGIERE NATACIÓN PILATES YOGA ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN FRÍO CALOR TEXTURAS EVITAR EJERCICIO DE ALTO IMPACTO CONTROL EN 4 MESES

HISTORIA CLINICA No. TI 1070386612 -- MARIA JOSE RIVERA RIVERA
Empresa: COMPENSAR EPS CONTRIBUTIVO

Afiliado: BENEFICIARIO NIVEL 1

Fec. Nacimiento: 01/12/2005 **Edad actual:** 15 AÑOS

Sexo: F

Grupo Sanguíneo: A+

Estado Civil: Menor

Teléfono: 3102162746

Dirección: CRA 4 # 17 21 FACATATIVA

Barrio: FACATATIVA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: FACATATIVA

Ocupación: ESTUDIANTE

Etnia:
Grupo Etnico:
Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial:
Discapacidad:
Grupo Poblacional:
Responsable: MARCELA ZAMORA TARAZONA

Teléfono:
Parentesco: Padre o Ma

SEDE DE ATENCIÓN: 101 SEDE PRINCIPAL

Edad 15 AÑOS

FOLIO 5 **FECHA** 20/09/2021 13:45:16 **TIPO DE ATENCION** AMBULATORIO

OBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

SE VALORA PACIENTE PREVIO LAVADO DE MANOS Y CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN PROTOCOLO MINSALUD E INSTITUCIONAL: GORRO, TAPABOCAS CONVENCIONAL, GAFAS, TRAJE DE MAYO, GUANTES, CARETA, BATA)*TANTO POR PARTE DEL PERSONAL PARAMÉDICO, COMO DEL PERSONAL MÉDICO, ASÍ COMO DEL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE ACORDE A NORMATIVAS POR PANDEMIA COVID 19.

CONTROL POR GENETICA

MAMÁ: SANDRA RIVERA FORERO ACOMPAÑANTE. EDAD 43 AÑOS. TEL: 310 2162746

NATURAL Y PROCEDENTE: DE FACATATIVA

EDAD: 15 AÑOS 9 MESES

FECHA DE NACIMIENTO: 01/12/2005

ESCOLARIDAD: CURSANDO 10 GRADO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL POR GENETICA

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE:

1. FRACTURAS PATOLÓGICAS #2 - FX DE MUEÑCA IZQUIERDA 10 AÑOS (SIN TRAUMA)

2. FX DE REJA COSTAL 8-9 (SIN TRAUMA)

3. DOLORS ARTICULARES EN MEJORIA.

4. ANTECEDENTE DE DISPLASIA DE CADERA SEVERA BILATERAL

5. ANTECEDENTE FISTULAS PREAURICULARES (TTO QXCO)

6. ANTECEDENTE MAMÁ CON TABIQUE VAGINAL - ENFERMEDAD DE VON VILLEBRAND

7. ADECUADO DESEMPEÑO COGNITIVO

8. CARIOTIPO 46,XX

PACIENTE QUIEN ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA CON MADRE, EN EL MOMENTO INDICA MEJORIA DEL DOLOR DURANTE ULTIMO MES HA PRESENTADO REMISION DE DOLOR A NIVEL ARTICULAR DE MIEMBROS MIEMBROS INFERIORES, PERSISTE DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIONES DE MANOS, HOMBRO Y REGION COSTAL BILATERAL, EN EL MOMENTO OPRESIVO INDICA CON MISMA INTENSIDAD INDICA DOLOR ES INTERMITENTE, NO SON CICLICOS, MADRE INDICA YA FUE VALORADO POR FISIATRIA QUIEN INDICO CURSA CON OSTEOMALACIA Y ARTRITIS REUMATOIDEA SERO NEGATIVO, SE ENCUENTRA EN MANEJO CON SUPLEMENTO CON VITAMINA D, INDICA SOLO HA MEJORADO SINTOMAS CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS ACTUALMENTE CON IBUPROFENO CON CONTROL DEL DOLOR, ACETAMINOFEN Y TRAMADOL NO HA GENERADO MEJORIA DE SINTOMAS. NO NUEVOS EPISODIOS DE FRACTURAS.

REVISION POR SISTEMAS:

INDICA ACTUALMENTE ESCOLARIZADA JORNADA COMPLETA, ADECUADA RENDIMIENTO ESCOLAR, NO DIFICULTADES EN ETORNO ESCOLAR.

INDICA MADRE PRECEPCION DE SUELO NO REPARADOR, RONQUIDO EN LOS NOCHES, MADRE INDICA PRESENCIA DE APNEAS DURANTE EL SUEÑO, REFIERE EPISODIOS DE SOMNOLENCIA POSTERIOR AL SUEÑO, DURANTE EPISODIO DE TRANQUILIDAD.

MADRE INDICA CONCILIA FACILMENTE SUEÑO, EN OCASIONES SE DIFICULTA.

Vt Effect: \$100,000.00
 Vt Total: \$100,000.00
 Vt Comis: \$0.00
 Vt Chgs: \$0.00
 Nt Ident: 1070386612

***PIN: 3223837047 ***

VERIFIQUE SU INSCRIPCION EN:
 www.admisiones.unal.edu.co



TI
 1070386612

Valor
 \$100.000

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información ingresada
 corresponda a la operación ordenada al Banco. Conserve este comprobante.
 Los cheques están sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación
 posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer
 los ajustes en la respectiva cuenta.

Vt Effect: \$116,000.00
 Vt Total: \$116,000.00
 Vt Comis: \$0.00
 Vt Chgs: \$0.00
 Nt Ident: 1070386612

***PIN: 3235841518 ***

VERIFIQUE SU INSCRIPCION EN:
 www.admisiones.unal.edu.co



1070386612

Valor
 \$116.000

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información ingresada
 corresponda a la operación ordenada al Banco. Conserve este comprobante.
 Los cheques están sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación
 posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer
 los ajustes en la respectiva cuenta.

Fact. Simplificada: 10003359
 Fecha: 12-04-2023
 Hora: 19:00:01

Cliente: Nuevo
 NIT:

Telf:

Dependiente:

Cl.	Descrip.	Imp.
1	Basica com	60.000
2	Jean Skinny	130.000
1	Beisbolera	85.000

TOTAL: 295.000,00

Entrega: 295.000,00
 Devolución: 0,00
 Forma de pago: Efectivo

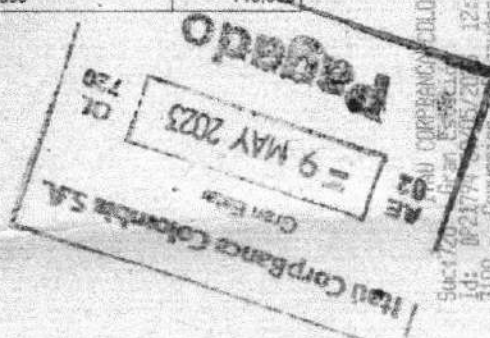
** GRACIAS POR SU VISITA **

- ALUMNO -



Derechos de inscripción pregrado presencial					
Programa:	DERECHO (BOGOTA)			Período:	2023 - 2
Estudiante/Aspirante:	1070386612 RIVERA RIVERA MARIA JOSÉ				
Impreso:	14 March 2023	Generado:	14 March 2023 8:54	Orden Pago:	021300000153864
Observaciones		Cargos	Valor	Descuentos	Valor
Observaciones		Valores Base	146.000		

Inscripciones Derecho - Calle 100	Fecha Limite	Valor
Pago Regular HASTA	05/Jun/2023	\$ 146.000



Puede realizar el pago en Efectivo o Cheque de Gerencia directamente en las oficinas del Banco ITAÚ. Si desea realizar el pago por PSE Ingrese AQUI

PAPELERÍA PANORAMA

NESTOR JULIO CLAVIJO

NIT 11432083-5

CARRERA 4 # 7-93 CENTRO, Facativiva

Cundinamarca

Teléfono: +57 3122055594

nejudar@gmail.com

Régimen: Responsable de IVA

Cliente: Consumidor final

Identificación: CC 222222222222

Documento equivalente sistema P.O.S.

Nº FP1524

Fecha: 07/02/2022 05:36 pm

Método de pago: Efectivo

1	VINILO METAL IZADO	1	\$5.294.12	\$6.300.00
---	-----------------------	---	------------	------------

Subtotal: \$5.294.12

Descuento: -\$0.00

Subtotal: \$5.294.12

IVA (19.00%): \$1,005.88

Total: \$6,300.00

Total recibido: \$50,000.00

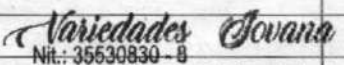
Cambio: \$43,700.00

Total de líneas: 1

Total de productos: 1

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobren intereses por mora.

Elaborado en Alegria POS NIT 900.559.088-2 -
alegria.com/pos

22/07/2022 ✓			
☐ REMISION ☐ COTIZACION ☐ CUENTA DE COBRO			
NOMBRE: <u>Sandra Rivera</u>			
DIRECCION:		TEL:	
CANT.	ARTICULOS	VR.UNIT.	VR.TOTAL.
2	Pares Medios Colegiales		20000
 Nit.: 35530830-8 Calle 7 No. 4 - 101 Facativiva CANCELADO ENTREGADO			
ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN LEY 1231 DE JULIO 17 DE 2008. ART. 772 DEL C. DE C.			TOTAL \$ 20000

PREICFES



17/07/2022 17:47:17 REMDES 9.41

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
BARRIO CENTO FACATATI
CL 6 3 07 CENTRO

C. UNICO: 3007015909 TER: 4002494
RECIBO: 039421 RRN: 044442

Producto: 69874861594
DEPOSITO APRO: 836328

VALOR \$ 100.000

Bancolombia es responsable por los servicios
prestados por el CB. El CB no puede prestar
servicios financieros por su cuenta. Verifique
que la información en este documento este
correcta. Para cambios comuníquese al
018000912345. Conserve esta tirilla como
soporte.

*** CLIENTE ***

PREICFES



CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
CCL 131 2016

C. UNICO: 3007015909 TER: 4002494
RECIBO: 039421 RRN: 044442

Producto: 69874861594
DEPOSITO APRO: 836328

VALOR \$ 100.000

Bancolombia es responsable por los servicios
prestados por el CB. El CB no puede prestar
servicios financieros por su cuenta. Verifique
que la información en este documento este
correcta. Para cambios comuníquese al
018000912345. Conserve esta tirilla como
soporte.

*** CLIENTE ***

TIENDAS

GAD SAS

NIT. 901304626-4

RESPONSABLE DE IVA

RESOLUC. 18764014315629

FECHA 2021-06-17

DESDE 5001 HASTA 100000

PREIJO B

REG 2022-01 25/17/37

COT 021179

1	ESCOLAR	\$3,500
	BASE IMPTO	\$2,941
	IVA 19%	\$559
	TL	\$3,500
	ELECTIVO	\$3,500

GRACIAS POR SU COMPRA
CAMBIOS LUNES MIÉRCOLES
ROPA INTERIOR NO TIENE
CAMBIOS

VENTA DE ROPA Y CALZADO PARA TODA LA FAMILIA
Calle 7 No. 4 - 101 Facatativa - Cund. *Cel.: 311 524 0845



DIA 13	MES 01	AÑO 2022
-----------	-----------	-------------

FACTURA DE VENTA
No. 007

Nombre: Sandra Rivera Nit: _____

Dirección: _____ Tel: _____

[illegible]

SON: 	TOTAL \$ 50.00 
--	--

NOTA: La presente Factura de Venta se asimila a un título Valor (Ley 1231 de Julio de 2008)

Entregado:

Recibido:

Tip. La Séptima - Tito Fandiño T. Nit: 11 425 771 - 5 Calle 7 No. 4-82 Facatativá Col: 319 557 1519 - 310 758 6050

JUAN PABLO ZULUAGA
NII 1045020409-9

REGIMEN COMUN
REG SERIE EX291098273566
CALLE 5 # 3-33/39/43/51
TICKET DE VENTA

REG 2022-02-07 05:14 PM
0002 161701

MISCELANEOS	T1	\$1,500
	1 No	
BASE IMP		\$1,261
IVA 19%		\$239
TL		\$1,500
EFFECTIVO		\$1,500

LA ROPA INTERIOR
NO TIENE CAMBIO
NO SE HACE DEVOLUCION
DE DINERO

NIT: 900081627-9

Camila Faca

Fecha: 09/dic/2021-Hora: 17:15:28

DOC EQUIVALENTE POS Nro: CFC2- 8376

Resolucion DIAN 18764015832088 del

2021/08/02 Del CFC2 - 77663 AL CFC2-600000 Vigencia

Calle 7 No 4-16 Tel 8900670 Facatativa

CODIGO	NOMBRE	CANT	DCTO	VALOR
--------	--------	------	------	-------

2174	CACH O	1.00	0.0	10,900
2174	CACH O	1.00	0.0	10,900
2174	CACH O	1.00	0.0	10,900
2174	CACH O	1.00	0.0	10,900

SUBTOTAL DSCTO	TOTAL IMPTO. A PAGAR
12600	12600

43600	0	43600	6961	43600
-------	---	-------	------	-------

EFFECTIVO--> 50.000

Cambio	6.400
--------	-------

DISCRIMINACION DE IMPUESTOS

TARIFA	BASE	IVA	COMPRA
C 19%	36.639	6.961	43.600
TOTAL	36.639	6.961	43.600

Artículos entregados :4

Lista Precio 1

0112 00106168

Vendedor: PERSONAL TURNO

Elaboro: SERGIO ROSAS

Cliente: 11 CLIENTE

CC-NIT: 11

LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE

(1) 7035395 corpotexdecolombia@gmail.com

Para realizar cambio debe presentar esta factura.

No aplica para ropa Interior. ICO VENTA \$ 50

Gracias por su Compra





NIT: 900.901.896-3

ORDEN DE PEDIDO No.

FECHA

MAR - 23 DE 2021 ✓

CONDICIONES DE PAGO

EFECTIVO

NOMBRE DEL COLEGIO COLEGIO COMERCIAL SANTA RITA

ESTUDIANTE MARIA JOSE RIVERA RIVERA

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
1	COMBO CHAQUETA UNIFORME/BUSO SUDADERA	\$ 170.000.00	\$ 170.000.00
	ABONO 1: \$ 85.000.00		
	ABONO 2: \$ 85.000.00		

Garantía por el año escolar (Costuras y Bordados, Decoloración y Moteo si llegase a suceder en toda la producción)

TOTAL

\$ 170.000.00

info@redclothing.co
www.redclothing.co301-684-5915
031-797-5939Calle 18 Sur # 22 -
48 Piso 3 Restrepo

RED CLOTHING S.A.S.

Espacio para Sello Garantía

PAPELERIA ENERIETH.COM

NIT: 28948688
 DIRECCION: CALLE 17A No 4-34
 e-mail: anaenerith@gmail.com

TELEFONO: 3228311605
 CIUDAD: FACATATIVA

VENTAS VARIAS

Nro.310

FECHA

18 de enero de 2021

CLIENTE SANDRA RIVERA FORERO TELEFONO: 3102162746
 DIRECCION: CARRERA 4 #17A-21 VILLAS DEL NORTE CIUDAD: FACATATIVA
 e-mail: sriveraforero@gmail.com

DETALLE	CANTIDAD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
CUADERNOS ARGOLLADOS	4	3,500	14,000
CUADERNO COCIDO DE 100 HOJAS CUADRICULADOS	12	2,000	24,000
LIBRO DE FILOSOFIA (AQUI ENCONTRARAS TU ANGEL)	1	16,000	16,000
LIBRO DE FILOSOFIA (LA INSOPORTABLE LEVEDAD DEL SER)	1	8,000	8,000
AZ	2	5,500	11,000
CAJA DE COLORES PRISMA COLOR	1	18,900	18,900
MARCADORES BORRABLES CAJA	1	26,700	26,700
CORRECTORES	2	1,800	3,600
RESALTADORES	4	2,000	8,000
CARTULINAS EN OCTAVOS	20	200	4,000
PEGASTIC EN BARRA GRANDE	3	3,500	10,500
BLOCK HOJAS MLIMETRADAS	1	3,800	3,800
BLOCK CUADRICULADO	1	3,500	3,500
BLOCK CARTA	1	2,500	2,500
BLOCK OFICIO	1	3,000	3,000
RESMA TAMAÑO OFICIO	1	18,000	18,000
RESMA TAMAÑO CARTA	1	15,000	15,000
CARTUCHERA	1	4,500	4,500
ESFEROS POR CAJA SURTIDA	1	6,000	6,000
LAPICES POR CAJA	1	5,500	5,500
BLOCK HOJAS IRIS CARTA	1	3,500	3,500
CARPETA FOLDER	1	5,600	5,600
CARPETAS TAMAÑO CARTA	3	1,500	4,500
VINILOS	3	1,200	3,600
PINCELES	2	1,500	3,000
ALAMBRE POR 25 MT	1	8,500	8,500
HILOS	3	800	2,400
PLUMAS POR PAQUETE	1	6,500	6,500
COSEDORA	1	7,800	7,800
PERFORADORA	1	6,500	6,500
BLOCK PAPEL PERGAMINO	2	3,800	7,600
REGLA	1	1,800	1,800
TRANSPORTADOR	1	1,000	1,000
CALCULADORA CIENTIFICA	1	35,000	35,000
CALCULADORA	1	12,500	12,500
BORRADORES	4	600	2,400
MICROPUNTAS	4	2,000	8,000
COMPAS GRANDE DE SUSPENSION	1	4,500	4,500
TINTAS PARA IMPRESORA	4	10,000	40,000
MARCADORES METALIZADOS	3	2,000	6,000
PLIEGOS DE CARTULINA	6	1,200	7,200
Valor en letras: TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS	TOTAL		\$ 384,400

Ref. Alimentos No. 2017 – 00107 De: Sandra Julieth Rivera Forero Contra. José Francisco Rivera Martínez

YANETH CONSUELO RINCON PULIDO <YanethCRinconP@hotmail.com>

Mié 19/07/2023 8:30 AM

Para: Juzgado 01 Promiscuo Familia Circuito - Cundinamarca - Facatativa <j01prffac@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (14 MB)

2a. LIQUIDACION CREDITO Y ANEXOS.pdf;

Buen día, adjunto me permito remitir memorial y anexos, a fin de ser tenidos dentro del proceso de la referencia.

Atte.

YANETH CONSUELO RINCON PULIDO

C.C. 35.524.864

T.P. 248.721 del C.S.J.