

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21 EL BOSQUE
NIT:1022924794-6

10-01-2020

13:15

REG

0082

DEPT01

\$1,500

CAJA

\$1,500

COMPROBANTE DE DISPENSACION
Fecha Tiquete 2020-10-13 16:29:16

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
RIT: 860.013.570-3
Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000
2774 : Punto Disp. Cafam Faca.-2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILISANAR
SAS
RIT: 830.003.564-7
Plan : 100
Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200
Punto Origen: 2774 : PUNTO DISP. CAFAM
ACA.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya
Identificacion: 1070945175
Nivel: 1
Autorizacion:
No Formula: 5031059436
Cuota Moderadora: 3400.00

ARTICULOS DESPACHADOS

LEVOTIROXINA 50 MCG TAB	x 30
DIHIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB	x 60
DALTEPARINA SODICA 5000 UI/0,2M	x 30
LOPURINOL 100 MG TAB	x 30
CALCITRIOL 0,25 MCG CAP	x 60
ACIDO FOLICO 1 MG TAB	x 150

CUOTA_M: \$3.400
FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:
Usuario : ANGY LORENA SALGADO LOPEZ
ISC No. 21386252

Confirmado Por

Aceptado

Imprimir

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2020-10-16 12:54:1h

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT.860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 - 88 TEL. 8468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT 830 003.564-7

Plan : 102

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774; Punto Disp. Calam Fasa: 2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: NO POS

Autorizacion: 52287019

MIPRES: 20201015182023672614

No Formula: 67426072

Cuota Moderadora: 3400.00

ARTICULOS DESPACHADOS

GLOBAZAM 10 MG TAB X 120

CUOTA_M: \$3.400

EFFECTIVO: 3.400

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO EFECTIVO

Numero Guia:

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21 EL BOSQUE
NIT:1022924794-6

11-21-2020

15:41

REG

0112

DEPTO1

\$4,000

CAJA

\$4,000

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2020-11-18 15:13:55

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT.860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774 Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: PGS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5031059437

Cuota Moderadora: 3400.00

ARTICULOS DESPACHADOS

ALOPURINOL 100 MG TAB X 30

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB X 60

DALTEPARINA SODICA 5000 UI/0.2ML SOL INY
X 30

LEVOTIROXINA 50 MCG TAB X 30

ACIDO FOLICO 1 MG TAB X 150

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP X 60

CUOTA_M: \$3.400

FORMA PAGO EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : LUIS RICARDO BASTO TORRES

SSC No. 21621891

Confirmado Por

SISTEMA POS

TIQUETE DE MAQUINA REGISTRADORA

Fecha Tiquete: 2020-11-18 15:13:55

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 88 TEL: 6468000

Punto Origen: 2774 Punto Disp. Cafam Faca: 2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT: 830.003.664-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

2001 - Copago/Cuota M Servicio Ambulatorio: 3400.00

Total a pagar: 3400.00

RESOLUCION DIAN No 18764000581593 DE FECHA 2020-07-08

AL 2021-01-08 DESDE 223358 AL 9999999

Somos Autoretenedores Resolucion 07254 Agosto 2005

Somos grandes contribuyentes

Resolucion 12635 del 14 de Diciembre de 2018

Agente retenedor del impuesto sobre las ventas-IVA

Tiquete No MD46-245531

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.328.140

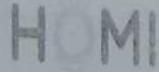
MEDICAR

No. Items: 6

Despachados: 0

Usuario: LUIS RICARDO BASTO TORRES

SSC No. 21621891



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

RRecCaj

Fecha 11/11/2020 11:18:17

Página 1

RECIBO DE ABONO Nro: 5655

12:35 Dra. Rojas

USUARIO : TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA	FECHA GENERACIÓN 11/11/2020
RESPONSABLE : TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA	
CONCEPTO : 2 CUOTA MODERADORA	
OBSERVACIONES : CANCELACIÓN DE FACTURA	
VALOR: 13.500,00	
SON : TRECE MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS	
FORMA DE PAGO	
EFFECTIVO	13.500,00
Firma : RICHARD STEVENS CORREA HERNAND	
7J.0 *HOSVITAL*	Programa Licenciado a: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
	N.I.T.: 899999123-7

11:40
Dr. Suarez



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

RRecCaj

Fecha 11/11/2020 11:20:41

Página 1

RECIBO DE ABONO Nro: 5657

USUARIO : TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA	FECHA GENERACIÓN 11/11/2020
RESPONSABLE : TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA 2	
CONCEPTO : 2 CUOTA MODERADORA	
OBSERVACIONES : CANCELACIÓN DE FACTURA	
VALOR: 13.500,00	
SON : TRECE MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS	
FORMA DE PAGO	
EFFECTIVO	13.500,00
OK	
Firma : RICHARD STEVENS CORREA HERNAND	
7J.0 *HOSVITAL*	Programa Licenciado a: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
	N.I.T.: 899999123-7

P 62.5
T 162.3
TA 90/53
FC 126
OZ 90 1/2



RECIBO

Nº 26924

Carrera 34 A No. 4B - 41 - PBX: 744 35 11 - Cel: 318 827 1323
www.oxi50.com.co - E-mail: gerencia@oxi50.com.co - Bogotá D.C.

Fecha	27	11	2016	Valor cuota moderadora:	15600
-------	----	----	------	-------------------------	-------

Paciente:

Documento de identidad

Teléfono

EPS

1010145153124389435

Famisanor

SUMINISTRO OXIGENO MEDICINAL

NOTAS: 1. DILIGENCIE ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CASILLAS. 2. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACIÓN Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CONFRONTACIÓN DE DATOS. **RECUERDE:** NO SERÁ ATENDIDO SI NO PRESENTA ESTE DOCUMENTO. 3. LA FALSEDAD Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO.

Firma Recibido

Firma Entregado

Campo Leguizamón

[Signature]

C.C.

C.C.

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21 EL BOSQUE
NIT:1022924794-6

12-20-2020

12:02

REG

0062

DEPT01

\$4,700

CAJA

\$4,700

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRH14A#40-21 ELBOSQUE
NIT:1022924794-6

12-03-2020
REG

17:20
0133

DEPT01
CAJA

\$1,500
\$1,500

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2020-12-18 14:45:22

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT:860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL: 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774: Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070245175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5031059438

Cuota Moderadora: 3400.00

ARTICULOS DESPACHADOS

LEVOTIROXINA 50 MCG TAB X 30

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB X 60

ACIDO FOLICO 1 MG TAB X 150

ALOPURINOL 100 MG TAB X 30

DALTEPARINA SODICA 5000 UI/0,2ML SOL INY
X 30

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP X 60

CUOTA_M: \$3.400

EFFECTIVO: 3.400

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : ALEJANDRO NOVAL BELTRAN

SSC No. 21906336

Confirmado Por

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21 EL BOSQUE
NIT:1022924794-6

12-04-2020
REG

DEPTO 11,500
CAJA 11,500

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21 ELBOSQUE
NIT:1022924794-6

01-18-2021
REG

17:42
0152

DEPTO1
CAJA

\$1,000
\$1,000

EXITO FACATATIVA

DOMICILIOS 3216285282 3052588821

131468 HUMECTNT. LUBRIDER	30.100 A
1438958 PAGUE 1 LLEVE 2 VI	29.150
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> \$	59.250
7176 20% MERCADO	6.020 -

Crema y Vitamina E

EFFECTIVO	54.000
CAMBIO	770

TU AHORRO FUE \$6.020

7176 20% MERCADO \$ 6.020

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	26188	26188	0
A=19%	27042	22724	4318
TOTAL=	53230	48912	4318

TIQUETE : 0090 51024845

RES. DIAN# 18764003932761 DE08/SEP/2020

RANG. AUT. 0090 51005824 al 59999999

TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 2

Almacenes Exito S.A NIT 890.900.608-9

AUTORRETENEDOR RES. 8825 DE 16/11/2016

PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800

RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

Este tiquete puede tener

Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

11/ENE/2021 10:45 0090 05 0016 9898



090-1MRFB

8903967 EXT 209000

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-01-18 15:10:th
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
NIT: 860.013.570-3
Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000
2774 : Punto Disp. Cafam Faca.-2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
FAMISANAR SAS
NIT: 830.003.564-7
Plan : 100
Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Afiliado: Yesid Steven Parra Arnaya
Identificacion: 1070945175
Nivel: 1
Autorizacion:
No Formula: 5031059439
Cuota Moderadora: 3500

ARTICULOS DESPACHADOS

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	
TAB	X 60
ALOPURINOL 100 MG	
TAB	X 30
ACIDO FOLICO 1 MG	
TAB	X 150
CALCITRIOL 0,25 MCG	
CAP	X 60
DALTEPARINA SODICA 5000 UI/0,2ML SOL	
INY	X 11
LEVOTIROXINA 50 MCG	
TAB	X 30

CUOTA_M: \$3.500
EFECTIVO: 3.500
FORMA PAGO : EFECTIVO

Usuario : ALEJANDRO NOVAL BELTRAN
SSC No. 22128666

Numero Guia:
Confirmado Por

Imprimir Cerrar

24/1/2021

Impresion

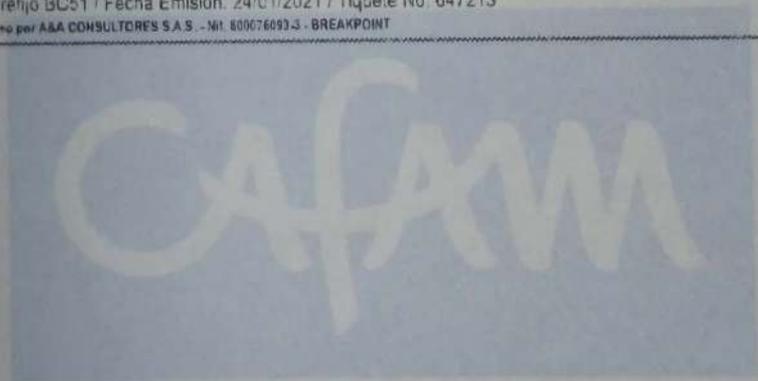
		SISTEMA POS Caja de Compensacion Familiar CAFAM		
Nit: 860013570-3		Tiquete POS: BC51 647214		
Fecha: 24/01/2021		Hora: 08:28:46		
Caja: sc102785 ANGELICA MILENA VIASUS ZAMUDIO				
Cliente: TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA				
Cto	Descripcion	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total
1004	C.M IMAGENOLOGIA	3,400	1 UND	3,400
Valor a Pagar				3,400
Valor Efectivo				3,400
Valor Cambio				0
<p>Resolucion DIAN No. 18764001784339 Rango del 525635 al 9999999 desde 2020/08/06 a 21/02/2021 Somos Autorretenedores Resolucion 07254 Agosto 2005 Somos Grandes Contribuyentes Resolucion 12635 del 14 de Diciembre de 2018. Agente retenedor del Impuesto sobre las Ventas -IVA *****GRACIAS POR SU PAGO*****</p>				
<p>Conserve su tiquete. Si desea factura electrónica por este tiquete, por favor tramítela en el portal cafam en www.cafam.com.co, con los siguientes datos: Servicio: Salud / Prefijo: BC51 / Fecha Emisión: 24/01/2021 / Tiquete No: 647214 Impreso por A&A CONSULTORES S.A.S. - NIT. 800076003-3 - BREAKPOINT</p>				



24/01/2021

Impresion

SISTEMA POS			
Caja de Compensación Familiar CAFAM			
Nit: 800013570-3		Tiquete POS BC51 647213	
Fecha: 24/01/2021		Hora: 08:28:12	
Caja: sc102785 ANGELICA MILENA VIASUS ZAMUDIO			
Cliente: TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA			
Cte	Descripcion	Valor Unitario	Valor Total
2001	COPAGO SERVICIO AMBULATORIO	8.400	8.400
		Valor a Pagar	8.400
		Valor Efectivo	8.400
		Valor Cambio	0
Resolución DIAN No. 18764001784339 Rango del 525635 al 9999999 desde 2020/08/06 a 21/02/2021 Somos Autorretenedores Resolución 07254 Agosto 2005 Somos Grandes Contribuyentes Resolución 12635 del 14 de Diciembre de 2018. Agente retenedor del Impuesto sobre las Ventas -IVA *****GRACIAS POR SU PAGO*****			
Conserve su tiquete. Si desea factura electrónica por este tiquete, por favor tramítela en el portal cafam en www.cafam.com.co , con los siguientes datos: Servicio: Salud / Prefijo BC51 / Fecha Emisión: 24/01/2021 / Tiquete No: 647213 Impreso por A&A CONSULTORES S.A.S. - Nit: 800676093-3 - BREAKPOINT			





FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

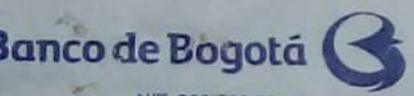
RRecCaj

Fecha 05/02/2021 10:58:49

Página 1

RECIBO DE ABONO Nro: 11603

USUARIO : TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA	FECHA GENERACIÓN 05/02/2021
RESPONSABLE : TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA	
CONCEPTO : 2 CUOTA MODERADORA	
OBSERVACIONES : CANCELACIÓN DE FACTURA	
VALOR: 3.500,00	
SON : TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS	
FORMA DE PAGO	
EFFECTIVO	3.500,00
Firma : MARLY CRISTINA RIOS QUICENO	
7J.0 *HOSVITAL*	Programa Licenciado a: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
	N.I.T.: 899999123-7



Sistema Nacional de Recaudos Comprobante de Pago Universal Individual

No. 98120498-0

NIT. 860.002.964-4

Fecha Año Mes Día Código de Convenio Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros Crédito Rotativo Número Cuenta Destino

071 02 12 [][] 102-61103-5

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Nombre Convenio ó Empresa Recaudadora
Fundación Hospital de la Misericordia

Referencia 1
11070945175

Para referencia 1 seleccione una de estas opciones No. Identificación No. Referencia

Referencia 2

FORMA DE PAGO

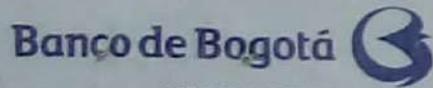
Efectivo	\$ 3.500
Cheque	\$
<input type="checkbox"/> Cargo Cuenta Bco Bta <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito / Crédito	\$
TOTAL A PAGAR	\$ 3.500

Banco de Bogota 304 Facatativa
 Srv 2160 B0030401 Usu2396 T1075
 AH####1035 12/02/21 15:11 H.NO
 FUNDACION HOSPITAL DE LA CEO 1733
 Us:1070945175
 Valor Efectivo:3,500.00
 Vr. Cheq: 0.00
 Valor Tarjeta: 0.00
 Valor MD:0.00
 Valor Total:3,500.00

Código Banco	No. de cuenta del cheque	Número del cheque	Ciudad o plaza

Antes de presentar este comprobante, sírvase diligenciarlo completamente con base en la información que le suministró la empresa. Si paga con cheque, favor anotar al respaldo del mismo: El número de este comprobante, el nombre y número de la cuenta de la empresa y sus datos personales (Nombre, dirección y teléfono). La forma de pago con tarjeta débito/ crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de la tarjeta.

Nombre del depositante: Yesid Parra A | Teléfono: 3124749405



Sistema Nacional de Recaudos Comprobante de Pago Universal Individual

No. 98120507-2

NIT. 860.002.964-4

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Fecha Año Mes Día Código de Convenio Cuenta Corriente Número Cuenta Destino
 Año Mes Día Código de Convenio Cuenta de Ahorros
 Crédito Rotativo 11021-611031-51

Nombre Convenio ó Empresa Recaudadora
Fundación Hospital de la Misericordia

Referencia 1
110210945175

Para referencia 1 seleccione una de estas opciones No. Identificación No. Referencia

Referencia 2

FORMA DE PAGO

Efectivo	\$ 3.500
Cheque	\$
<input type="checkbox"/> Cargo Cuenta Bco Bta <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito / Crédito	\$
TOTAL A PAGAR	\$ 3.500

Código Banco	No. de cuenta del cheque	Número del cheque	Ciudad o plaza

Nota: Antes de presentar este comprobante, sírvase diligenciarlo completamente con base en la información que le suministró la empresa. Si paga con cheque, favor anotar al respaldo del mismo. El número de este comprobante, el nombre y número de la cuenta de la empresa y sus datos personales (Nombre, dirección y teléfono). La forma de pago con tarjeta débito/ crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. en caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de la tarjeta.

Banco de Bogotá 304 Facatativa
 Srv 2160 80030401 Usu2396 11068
 AH****1035 12/02/21 15:09 H.HO
 FUNDACION HOSPITAL DE LA CEO 1733
 Us:1070945175
 Valor Efectivo: 3.500,00
 Vr. Cheq: 0,00
 Valor Tarjeta: 0,00
 Valor RD: 0,00
 Valor Total: 3.500,00

Nombre del depositante: Yosid B... A Teléfono: 7124349435

COMPROBANTE DE DISPENSACION
Fecha Tiquete 2021-02-19 17:09:47

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
IIT: 860.013.570-3
Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000
774 : Punto Disp. Cafam Faca.-2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR
IAS
IIT: 830.003.564-7
Plan : 100
Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200
Punto Origen: 2774 : PUNTO DISP. CAFAM
ACA.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya
Identificacion: 1070945175
Nivel: 1
Autorizacion:
No Formula: SSC22414043
Cuota Moderadora: 3500,00

ARTICULOS DESPACHADOS

DIIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB x 30
ACIDO FOLICO 1 MG TAB x 150
CALCITRIOL 0,25 MCG CAP x 60
LEVOTIROXINA 50 MCG TAB x 30
MALTETAPARINA SODICA 5000 UI/0,2M x 21
CALCIO CARBONATO 600 mg TAB x 30

CUOTA_M: \$3.500
FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:
Usuario : ERIKA MANUELA ROMERO ACOSTA
ISC No. 22414043

Confirmado Por

Aceptado

Imprimir

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquetè 2021-02-26 18:13:50

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT.860.013.570-3

Dirección: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 100

Dirección: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen. 2774: Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificación: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorización:

No Formula: SSC22479057

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

DALTEPARINA SODICA 2500 UI/0,2 ML SOL IN

Y X 30

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO EFECTIVO

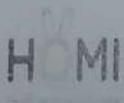
Numero Guia:

Usuario : MONICA FERNANDA BARRAGAN GUZMAN

SSC No. 22479057

Confirmado Por

ORA ROJAS



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

RRecCaj

Fecha 30/03/2021 12:35:57

Página 1

RECIBO DE ABONO Nro: 15537

USUARIO :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA	FECHA GENERACIÓN	30/03/2021
RESPONSABLE :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA		
CONCEPTO :	2		CUOTA MODERADORA		
OBSERVACIONES : CANCELACIÓN DE FACTURA					
VALOR: 3.500,00					
SON : TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS					
FORMA DE PAGO					
EFFECTIVO		3.500,00			
Firma : MARLY CRISTINA RIOS QUICENO					
7J.0 "HOSVITAL"		Programa Licenciado a: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA			N.I.T.: 899999123-7

P 60.7

T 159.2

TA 98158

TC 84

ST 91

Dr. Suarez.
15+20.



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

RRecCaj

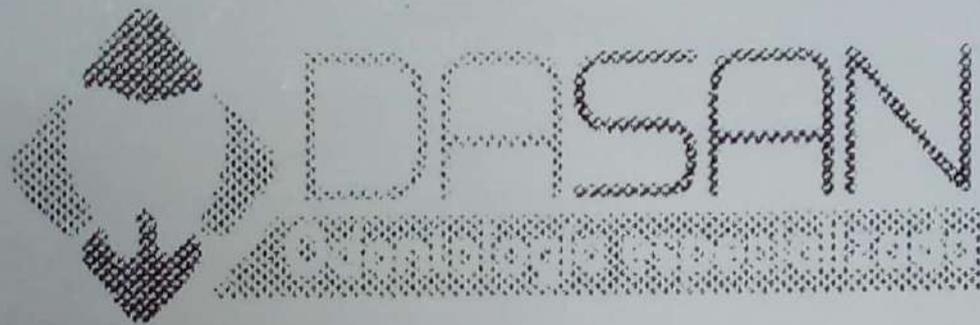
Fecha 25/03/2021 14:21:02

Página 1

RECIBO DE ABONO Nro: 15221

USUARIO :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA	FECHA GENERACIÓN	25/03/2021
RESPONSABLE :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA		
CONCEPTO :	2		CUOTA MODERADORA		
OBSERVACIONES :	CANCELACIÓN DE FACTURA				
VALOR:	3.500,00				
SON :	TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS				
FORMA DE PAGO					
EFFECTIVO			3.500,00		
Firma : KEVIN EDUARDO BONILLA BELTRAN					
7J.0 *HOSVITAL*	Programa Licenciado a: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA			N.I.T.: 899999123-7	

P 62.8
T 160



NIT. 11447798-8

TELEFONOS: 8914784 3105613720

DIRECCIÓN: Calle 8 # 5 - 44

FACATATIVA

FECHA: 2021/03/09

Recibo de caja # 14378

Paciente: AMAYA DIANA MARCELA

HC# 35530566

Abono a tratamiento

80.000

dasan.odontologiaespecializada@gmail.com

NO RESPONSABLE DE IVA



RECIBO

Nº 30161

Carrera 34 A No. 4B - 41 - PBX: 744 26 11 - Cel: 318 827 1325
www.oxi50.com.co - E-mail: gerencia@oxi50.com.co - Bogotá D.C.

Fecha

15 03 2021

Valor cuota moderadora:

14000

Paciente: Yesid Parra

Documento de identidad

Teléfono

EPS

Familiar

SUMINISTRO OXIGENO MEDICINAL

NOTAS: 1. DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CASILLAS. 2. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACIÓN Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CONFRONTACIÓN DE DATOS. RECUERDE, NO SERÁ ATENDIDO SI NO PRESENTA ESTE DOCUMENTO. 3. LA FALSEDADE Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO.

Firma Recibido

Firma Entregado

Pedro Morcote

Diana M. Arango M.

CC 35530516

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-03-26 14:39:29

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT 860.013.570-3

Dirección: Av. Cra. 68 No. 90 - 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 102

Dirección: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774; Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificación: 1070845175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS AUTORIZADO

Autorización: 55978324

No Formula: 72121290

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

POLIETILENGLICOL 3350 - POL X 3 Unidad M

Inlma

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : ERIKA MANUELA ROMERO ACOSTA

SSC No. 22724567

Confirmado Por

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-03-26 14:48:th
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
RIT: 860.013.570-3
Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000
774 - Punto Disp. Calam Faca.-2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR
IAS
RIT: 830.003.564-7
Plan : 100
Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya
Identificacion: 1070945175
Nivel: 1
Autorizacion
No Formula: SSC22724707
Cuota Moderadora: 3500

ARTICULOS DESPACHADOS
ALTEPARINA SODICA 2500 UI/0.2 ML SOL
VY x 20 Unidad Minima

CUOTA_M: \$3.500
EFECTIVO: 3.500
FORMA PAGO : EFECTIVO

Usuario : ERIKA MANUELA ROMERO ACOSTA
SSC No. 22724707

Numero Guia.
Confirmado Por

Imprimir | Cerrar

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-03-13 11:10:39

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILISANAR SAS

NIT: 830.003.564-7

Plan . 102

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774; Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Staven Parra Amaya

Identificacion: 1070845175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS AUTORIZADO

Autorizacion: 56661443

No Formula: 71568223

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

POLIETILENGLICOL 3350 - POL X 3

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

GAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario: CAREN ORESTEGUI SILVARA

SSC No. 22611256

Confirmado Por:

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-03-19 16:43:04

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 88 No. 90. 88 TEL. 6488000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILISANAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774: Punto Disp. Cafam Faca -2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5031859559

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

ACIDO FOLICO 1 MG TAB X 150 Unidad Minima

DALTEPARINA SODICA 5000 UI/0.2ML SOL INY

X 30 Unidad Minima

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB X 60 Unidad

Minima

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP X 30 Unidad Mini

ma

LEVOTIROXINA 50 MCG TAB X 30 Unidad Mini

ma

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : ALEJANDRO NOVAL BELTRAN

SSC No: 22669829

Confirmado Por

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-03-13 11:11:55

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT:860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT:830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 8500200

Punto Origen: 2774. Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: SSC22414043

Cuota Moderadora: 3500,00

ARTICULOS DESPACHADOS

DALTEPARINA SODICA, 5000 UI/0,2ML SOL INY

X 9

CUOTA_M: \$3.500

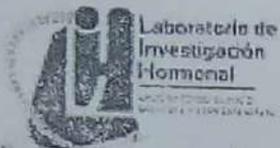
FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : CAREN ORESTEGUI SILVARA

SSC No. 22414043

Confirmado Por



LABORATORIO DE INVESTIGACION HORMONAL LIH SA

Nit. 800.075.543-1



SEDE: SEDE TOBERIN

KR 21 # 166-81 p1

TELEFONO 6128110

PACIENTE CODIGO 35008802

RECIBO DE CAJA No. R35-4259

Regimen Comun
Actividad ICA 8691 Tarifa 9.66 X 1000
No somos Grandes Contribuyentes
Código CIU 8691

Laboratorio LIH : KR 21 # 166-81 p1
Linea LIH de Atención: 6128110
email: info@lablih.net | WWW.LABLIH.NET

PACIENTE	Niño.JESID ESTEVEN PARRA AYALA	TI	1070945175	FECHA ATENCION	12/03/2021 - 08:27 am
DIRECCION	C4RA 14 N 4 B 37	SEXO	M	FECHA ENTREGA	12/03/2021 - 04:00 pm
EMPRESA	(F002 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISA	EDAD	16 Años	RECLAMA EN	SEDE TOBERIN
NIT.	830003564-7	TELEFONO	/ Cel:3124389435		
MEDICO		Email:	dianayeto17@gmail.com		

CODIGO	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD		
INHIB 904404	INHIBINA B	1		
PDF 3	PDF ANEXO 3	1		
CANTIDAD EXAMENES 2				
		A PAGAR	\$	17,250
		ABONO	\$	17,250
		SALDO	\$	0

CONCEPTO EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO

NOTA: Por confidencialidad reclame sus resultados con este recibo o documento de identificación del paciente

- MX TOMA AUX ALEJANDRA
Pasados Seis(6)meses el resultado original es destruido, por lo tanto debe solicitar una copia la cual tiene costo.

Los resultados de estos exámenes son ayuda diagnóstica, no son determinantes para el diagnóstico de una enfermedad o tratamiento. Consulte a su Médico de cabecera.

ELABORADO POR ANGI ORDUÑA MONTAÑA

ACEPTADO: _____

AQUIDROGAS FACATATIVA
AQUIDROGAS FACATATIVA
PEDRAZA RODRIGUEZ JOSE EMERIO
CR.2 # 3-66 Local 105
NIT 4216809-4
Régimen Responsable del Impuesto sobre las
Ventas
Tel. 3213012947

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS
No.: T3650

Autorización numeración según resolución No
18764011738508 del 2021 mar. 23 Rango T
2625 al T 500000 Vigencia 5 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
20/04/2021	16:39	6 TURNO	25 NAIZI
VITAMINA E CARE 400 U.I.150 CAPSULAS			
100012472	1 C	\$ 42.100	*

Sub Total	\$ 42.100
Descuento	\$ 12.100
Total Factura	\$ 30.000
Valor Recibido	\$ 30.000
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 0
Excluido	\$ 30.000
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago efectivo: \$ 30.000

FELI

Caja: DESKTOP-FFKO9RD

CoopIdrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-04-07 13:51:01

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT.860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILISANAR SAS

NIT 830.003.664-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774; Punto Disp: Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: SSC22724707

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

DALTEPARINA SODICA 2500 UI/0,2 ML SOL INY
Y X 10 Unidad Minima

DALTEPARINA SODICA 5000 UI/0,2ML SOL INY
X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$3.500

FORMA PAGO: EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario: ALEJANDRO NOVAL BELTRAN

SSC No. 22724707

Confirmado Por



RECIBO DE CAJA

NIT. 899999123-7 Telefono(s) 3811970

RECIBIMOS DE: PARRA AMAYA YESID STEVEN PACIENTE: YESID STEVEN PARRA AMAYA No. HISTORIA: 1070945175 EMPRESA: EPS FAMISANAR SAS CONVENIO: EPS FAMISANAR CONTRIBUTIVO TIPO DE ATENCION: AMBULATORIO	RECIBO No.0200000122 FECHA EXPEDICION: 09/04/2021 - 02:49:31p.m. FECHA IMPRESION: 2021/04/09 HORA: 02.49:36p.m. TIPO DE PACIENTE: BENEFICIARIO ESTRATO: A
---	---

Código	Centro Costo	Prestación	Cantidad	Valor Unitario	Valor
890377	160191	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	1	3.500,00	3.500

Observaciones :MODERADORA

Cheque	Banco	Cheque No	Postfechado	Plaza	Valores	Total
Efectivo	Tarjeta	Numero		Venc. Año/Mes	Valores	Total
					Efectivo :	3.500
						3.500

Valor Bruto : 3.500

Descuento:

SUBTOTAL	3.500
(%) DESCUENTO	
VALOR IVA	
VALOR INCLUIDO IVA	
AJUSTE A LA DECENA	0
TOTAL	3.500

Asignado Por: GUSTAVO ADOLFO GALARCIO VARGAS

FIRMA Y SELLO CAJERO: _____

FIRMA USUARIO: _____

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-04-17 11:32:29

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT:860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 88 No. 91 - 38 YEL. 547 - 500

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD: SANAR SAS

NIT:830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-D7 T - 10'

Punto Origen: 2774; Punto Destino: Fasa -2774

Afiliado: Yesid Steven Parra

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5031859560

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

ACIDO FOLICO 1 MG TAB X 150 Unidad Minima

LEVOTIROXINA 50 MCG TAB X 30 Unidad Minima

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP X 30 Unidad Minima

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB X 60 Unidad Minima

DALTEPARINA SODICA 5000 UI/0,2ML SOL INY X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

CAMBIO: .0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-04-17 11:34:07

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT: 830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774 Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070845175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5032072462

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

DALTEPARINA SODICA 2500 LI/0,2 ML SOL IN

Y X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : MONICA FERNANDA BARRAGAN GUZMAN

SSC No. 22905773

Confirmado Por

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21-ELBOSQUE
NIT:1022924794-6

06-05-2021

15:29

REG

0152

DEPT01

\$2,400

CAJA

\$2,400

CENCOSUD COLOMBIA S.A. NIT 900.155.107-1
 GRAN CONTRIBUYENTE SEGUN RESOLUCION
 DIAN No.009061 DE DICIEMBRE 10 DE 2020
 AUTORRETENEDOR DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA
 RESOLUCION DIAN No. 12688 NOV 23 DE 2009
 RESPONSABLE DE IVA
 AGENTE RETENEDOR DE IVA
 METRO FACATATIVA
 CARRERA 10 No 8A-12 TEL:8910202

	\$	
6920354822223 Gel dental COLG	7990	N
6920354822223 Gel dental COLG	7990	N
SUBTOTAL	15980	
SUBTOTAL	15980	
DCTO VENTA CONTADO	30-	
SUBTOTAL	15950	
EFFECTIVO	50000	
CAMBIO	34050	

ITEMS COMPRADOS: 2			
IVA - TARIFA	----	BASE.	-----
N 19%		13403	2547
	=====		=====
TOTAL		13403	2547

F= BIENES EXENTOS-DECRETO 417-17/MAR/2020
 ICBP = IMPUESTO AL CONSUMO BOLSAS PLASTICAS (LEY1819/16)

G=0% IMPUESTO AL CONSUMO POR SERVICIO
 EXPENDIO DE COMIDAS BEBIDAS (Art 9 Dec 682/20)
 CAMBIOS Y/O DEVOLUCIONES 8 DIAS CALENDAR
 CONSULTAR CONDICIONES Y REGISTRO MODULO
 SERV. AL CLIENTE. GRACIAS POR SU VISITA

Arco I9253J

CHICA VERL

ST#74 RG#9 CG#CY TR#57763



RESOL. FACTURA SISTEMA POS
 1876300278569 // 12/2019

VIGENCIA 24 MESES
 PREF. 0709.2.131.7.99999999

TIQUETE 0709.274432

09:45 AM

19/05/2021

TU AHORRO: \$30

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-05-15 11:05:50

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

IIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000

774 : Punto Disp. Cafam Faca.-2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR

IAS

IIT: 830.003.564-7

Plan : 100

Direccion. Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774 . PUNTO DISP. CAFAM

ACA.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Autorizacion:

No Formula: 5031859561

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

DIIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB x 60 Unidad

finima

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP x 30 Unidad

finima

EVOTIROXINA 50 MCG TAB x 30 Unidad

finima

ALTEPARINA SODICA 5000 UI/0,2M x 30 Unidad

finima

ACIDO FOLICO 1 MG TAB x 150 Unidad

finima

CUOTA_M: \$3.500

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : ERIKA MANUELA ROMERO ACOSTA

ISC No. 23139742

Confirmado Por

Aceptado

Imprimir

COMPROBANTE DE DISPENSACION
Fecha Tiquete 2021-06-12 12:41:33

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
IIT: 860.013.570-3
Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6468000
774 : Punto Disp. Cafam Faca.-2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR
IAS
IIT: 830.003.564-7
Plan: 100
Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200
Punto Origen: 2774 : PUNTO DISP. CAFAM
ACA.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya
Identificacion: 1070945175
Nivel: 1
Autorizacion:
No Formula: 5032415568
Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS
CALCITRIOL 0,25 MCG CAP x 30 Unidad
finima
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB x 60 Unidad
finima
ALTEPARINA SODICA 7500 UI SOL x 30 Unidad
finima
ACIDO FOLICO 1 MG TAB x 150 Unidad
finima

CUOTA_M: \$3.500
FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:
Usuario : ERIKA MANUELA ROMERO ACOSTA
ISC No. 23371563

Confirmado Por

Aceptado

Imprimir

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-06-25 15:00:30

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 88 No. 90. 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT: 830.003.584-7

Plan: 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774. Punto Disp. Cafam Faca -2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion

No Formula: SSC23463121

Cuota Moderadora: 1170.00

ARTICULOS DESPACHADOS

PREDNISOLONA 5 MG TAB X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$1.170

EFFECTIVO: 1.200

CAMBIO: 50

AJUSTE CAMBIO: 20

FORMA PAGO: EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario: ERIKA MANUELA ROMERO ACOSTA

SSC No. 23463121

Confirmado Por

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-07-12 11:47:13

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 - 88 TEL 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774. Punto Disp. Cafam Faca -2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5032415569

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

ACIDO FOLICO 1 MG TAB X 150 Unidad Minima

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP X 30 Unidad Minima

DALTEPARINA SODICA 7500 UI SOL INY X 30 Unidad Minima

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB X 60 Unidad Minima

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO: EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario: ERIKA MANUELA ROMERO ACOSTA

SSC No. 23615112

Confirmado Por

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21 ELBOSQUE
NIT:1022924794-6

07-26-2021

17:50

REG

0120

DEPT01

\$2,800

CAJA

\$2,800

Medifaca IPS S.A.S

Nit : 900529056

RECIBO DE CAJA
Número : KCE00007058

DATOS GENERALES

Fecha del Recibo : 27/07/2021 10:02:32 a. m.

Valor: \$ 3.500,00

Centro de Costo :

Estado: Confirmado

Tercero : 1070945175 - YESID STEVEN PARRA AMAYA

Usuario: 408

Valor en Letras : TRES MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE.

Detalle : CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR

Responsable Pago: YESID STEVEN PARRA AMAYA

FORMAS DE PAGO

Efectivo	\$ 3.500,00
----------	-------------

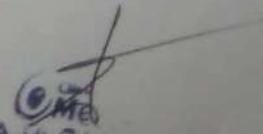
DETALLE DEL MOVIMIENTO

Concepto	Tercero	Cen. Costo	Cuenta	Débito	Crédito
002 - CAJA CONSULTA EXTERNA T. ASIS. 1 PISO	1070945175		1101010601	\$ 3.500,00	\$0,00
013 CXP POR ANTICIPO PACIENTES (CM, COPAGO, ANTICIPO)	1070945175		2501010601	\$ 0,00	\$ 3.500,00

DETALLES DEL CONCEPTO: 013

ANTICIPOS

NÚMERO DE ANTICIPOS	INGRESO	VALOR ABONADO
KCE00007058	182916	\$ 3.500,00



 FIRMÁ Y SELLO

SISTEMA POS
Caja de Compensacion Familiar CAFAM

Nit: 860013570-3

Tiquete POS:BFLO 1828684

Fecha: 31/07/2021

Hora: 14:13:45

Caja: sc105135 CECILIA CASTRO DE LA ROSA

Cliente: TI 1070945175 YESID STEVEN PARRA AMAYA

Cto	Descripcion	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total
2001	COPAGO SERVICIO AMBULATORIO	19,800	1 UND	19,800
		Valor a Pagar		19,800
		Valor Credito Empresa		19,800
		Valor Cambio		0

Resolucion DIAN No.18764010368028 Rango del 1513462 al 9999999 desde 05/02/2021 hasta 05/08/2021

Somos Autorretenedores Resolucion 07254 Agosto 2005
Somos Grandes Contribuyentes Resolucion 12635 del 14 de Diciembre de 2018.
Agente retenedor del Impuesto sobre las Ventas -IVA
*****GRACIAS POR SU PAGO*****

Conserve su tiquete. Si desea factura electrónica por este tiquete, por favor tramitela en el portal cafam en www.cafam.com.co, con los siguientes datos:

Servicio: Salud / Prefijo:BFLO / Fecha Emision: 31/07/2021 / Tiquete No: 1828684

Impreso por A&A CONSULTORES S.A.S. - NIT 800076093-3 - BREAKPOINT - 2021-07-31 14:13:46

ELECTROFISIATRIA SAS

Nit: 900103925

Dirección: CLL 112 # 70B 28 - Teléfono: 7441886

FECHA: 06/06/2021

NOMBRE: YESID STEVEN PARRA AMAYA

C.C. 1070945175 TELEFONO: 3124389435 DIRECCIÓN: CLL

EMPRESA: EPS FAMILIAR SAS

RECIBO DE CAJA: 104207

CONCEPTO:

NUM. DE FACTURA: 262428

VALOR: 3.500

FORMAS DE PAGO

F.PAGO	VALOR	BANCO	Nº. DOCUMENTO	FECHA DOC.	AUTORIZACION
Efectivo	3.500			06/06/2021	

FACTURADOR: LUZ CHAMATH

SISTEMA POS

TIQUETE DE MAQUINA REGISTRADORA

Fecha Tiquete: 2021-08-11 10:28:12

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 66 No. 90 - 88 TEL: 6468000

Punto Origen: 2774 Punto Disp. Cafam Faca -2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT: 830.003.564-7

Plan: 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL: 6500200

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion

2001 - Copago/Cuidia M. Servicio Ambulatorio: 3500.00

Total a pagar: 3500.00

RESOLUCION DIJAN No 18764014893307 DE FECHA 2021-07-07

AL 2022-01-07 DESDE 289377 AL 9966998

Bonific. Autoretenedores Resolucion 07254 Agosto 2005

Bonific. grandes contribuyentes

Resolucion 9061 del 10 de diciembre de 2020

Agente retenedor del impuesto sobre las ventas-IVA

Tiquete No: MD45-295999

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.328.149

MEDICAR

No. Items: 4

Despachados: 4

Usuario: JENNYFFER LEANDRA NIETO CRUZ

ESC No: 23690351

Conservar su tiquete. Si desea factura electronica

por este tiquete, por favor transactele al portal

oFirmen en www.salarn.com.co Opcion Transacciones Express

con los siguientes datos:

Servicio: Medicacion Q. Tiquete No: MD45-295999

Valor Total: 3500.00

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-08-11 10:28:12

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT: 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 88 No. 90 . 88 TEL: 6168000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT: 930.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 76-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774; Punto Disp: Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: PGS CAPITA

Autorizacion

No Formula: 5032415570

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB X 60 Unidad

Minima

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP X 30 Unidad Mini

ma

ACIDO FOLICO 1 MG TAB X 150 Unidad Minim

a

DALTEPARINA SODICA 7500 UI SOL INY X 30

Unidad Minima

CUOTA_M: \$3.500

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : JENNYFFER LEANDRA NIETO CRUZ

SSC No: 23890331

Confirmado Por

DROGUERIA SOS
PUNTO PLUS
CRA14A#40-21 ELBOSQUE
NIT:1022924794-6

08-12-2021

19:26

REG

0159

DEPT01

\$1,700

CAJA

\$1,700

KOBA COLOMBIA S.A.S. NIT: 900276962-1
Somos Grandes Contribuyentes
Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la
resolucion No. 9061 de Dic. 10 de 2020
DOMICILIO PRINCIPAL. CRA 7 CL 155C - 30
ED NORTH POINT TORRE E PISO 37 Y 38
BOGOTA -- TEL: 018000120201
TIENDAS D1
CALIDAD ALTA A PRECIOS MUY BAJOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
01003006029838	AGUA SIN GAS OM	2,990 6
SUBTOTAL		2,990
AHORRO ADICIONAL \$		-40
VALOR PAGADO		2,950
EFECTIVO \$		4,000
CAMBIO		1,050

ID	RESUMEN DE IMPUESTOS		
	TOTAL	BASE	IVA
6	2,990	2,990	0
		2,990	0

6=EXCLU, 5=EXENTO, C=5%, A=19%, 8=EXE417
0=NO GRÁVADOS

CEDULA DE CIUDADANIA
35530566

BIENES EXENTOS - DECRETO 417
DEL 17 DE MARZO DE 2020
ATENDIDO POR: CLAUDIA LUNA
NUMERO DE ARTICULOS ENTREGADOS 1
17/08/21 12:07 05 0659 03 7256 754217

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
18763005935333 20200520 HABILITA D796
DESDE 92447 HASTA 999999

FACTURA DE VENTA D796 166801



FUND.HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE

CRA. 52 # 67A-71

TELS: 4377540

NIT: 900098476-8

HOSPITAL INFANTIL
UNIVERSITARIO
DE SAN JOSE

FACTURA DE VENTA

N° HIJ - 3179314

Fecha Fac: 24/08/2021		Fecha Venc: 23/09/2021	
Responsable de la cuenta EPS FAMISANAR SAS		C.C. o Nit. 830003564	Dirección: CARREAR A16N N. 85-90 BOGOTA
Teléfono: 6356650-6356859		Paciente: YESID STEVEN PARRA AMAYA TI 1070945175	No. Poliza: 59938830
Tipo:		Teléfono:	Documento: 1864232
Habitación:		Observaciones:	
Fecha Ingreso: 00:00:00 24 08 2021 Hora Día Mes Año	Fecha Egreso: 00:00:00 24 08 2021 Hora Día Mes Año	Días Fact: 0	Niv. B

Concepto	Descripción	Tercero	Valor
CEXT	CONSULTA EXTERNA TOTAL GENERAL DE LOS SERVICIOS	900834037 UNION TEMPORAL CARDIOBAG	40,408 40,408

Esta factura corresponde a ingresos recibidos para terceros de Fideicomiso Hekm Trust- FUCS NIT 830053963-6 No somos autorretenedores.	Valor Total Cuenta:	40,408
ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART 77 DEL COD. CIO. Contribuyente Regimen Tributario Especial Art 19 E.T. DEC. 2028 ART 14-15 IMP INC Y CIO sujeta Dec 423 Jun 26/96 Art 31 Nral D-E.T. Activ. excluida Art 4 Acuerdo 21 de 1983. Entidad sin Animo de Lucro Contribuyente Regimen Tributario Especial Art. 19 E.T. Autoriza Numerac. de Facturas HI3000000 a HIJ34999999 segun Resol No 18763006260859 de Jun 06 de 2020. IVA Serv. Excl. Art 476 literal I E.T.	Menos Descuentos:	0
	Abonos y Depósitos:	3,500
	Total a Pagar:	36,908

SON TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS CON 00/100 M/CTE

Revisado Por _____ Firma y Sello Clínica _____ Firma Paciente C.C. _____

Fecha: 2021/08/24 Hora: 13:14:30 Usuario: yejimez Terminal: Periodo: 2021/08 Contable: 0114 sayfue H 0 173 *COPIA*

COPIA

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-08-25 12:18:07

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 - 88 TEL: 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774; Punto Disp. Cafam Fama -2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070845175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5032761869

Cuota Moderadora: 1230.00

ARTICULOS DESPACHADOS

PREDNISOLONA 5 MG TAB X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$1.230

EFFECTIVO: 1.230

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : YULI ANDREA AZUERO RUIZ

SSC No. 24019158

Confirmado Por

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-08-25 12:40:10

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT 860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6488000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan : 102

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen. 2774. Punto Disp. Cafam Faca.-2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS AUTORIZADO

Autorizacion.

No Formula: 77322116

Cuota Moderadora: 1230.00

ARTICULOS DESPACHADOS

LEVOTIROXINA 75 MCG TAB X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$1.230

EFFECTIVO: 1.230

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Gula:

Usuario : YULI ANDREA AZUERO RUIZ

SSC No. 24019574

Confirmado Por

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tickete 2021-09-10 11:25:34

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT 660.013.570-5

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 - 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILISANAR SAS

NIT 830.003.564-7

Plan: 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774. Puntos: spcafam Fac2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070945175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: SSC24175581

Cuota Moderadora: 3500.00

ARTICULOS DESPACHADOS

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP X 30 Unidad Minima

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TAB X 60 Unidad Minima

DALTEPARINA SODICA 7500 UI SOL INY X 30 Unidad Minima

ACIDO FOLICO 1 MG TAB X 150 Unidad Minima

CALCIO CARBONATO 600 mg TAB X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$3.500

EFFECTIVO: 3.500

CAMBIO: 0

AJUSTE CAMBIO: 0

FORMA PAGO: EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario: MONICA FERNANDA BARRAGAN GUZMAN

SSC No. 24175581

Confirmado Por



FUND.HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE

CRA. 52 # 67A-71

TELS: 4377540

NIT: 900098476-8

HOSPITAL INFANTIL
UNIVERSITARIO
DE SAN JOSE

FACTURA DE VENTA

Nº HIJ - 3191953

Fecha Fac: 14/09/2021		Fecha Venc: 14/10/2021		
Responsable de la cuenta EPS FAMILIAR SAS		C.C. o Nit. 830003564	Dirección: CARREAR A16N N. 85-90 BOGOTA	Teléfono: 6356650-6356859
Paciente: YESID STEVEN PARRA AMAYA TI 1070945175		Tipo:	Teléfono: 1873463	Documento: 1873463
Fecha Ingreso: 00:00:00 14 09 2021 Hora Día Mes Año		Fecha Egreso: 00:00:00 14 09 2021 Hora Día Mes Año		Días Fact: 0
Observaciones:			Niv. B	

Concepto	Descripción	Tercero	Valor
CEXT	CONSULTA EXTERNA	901087570 NEUMO SPORT SAS	27,869
	TOTAL GENERAL DE LOS SERVICIOS		27,869

Esta factura corresponde a ingresos recibidos para terceros de Fideicomiso Hekm Trust- FUCS NIT 830053963-6. No somos autorretenedores.

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART 77 DEL COD. CIO. Contribuyente Regimen Tributatio Especial Art 19 E.T DEC. 2026 ART 14-15 IMP INT Y CIO

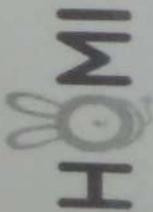
sujeta Dec 423 Jun 26/96 Art 31 Nral D-E.T. Activ. excluida Art.4 Acuerdo 21 de 1983. Entidad sin Animo de Lucro Contribuyente Regimen Tributario Especial Art. 19 E.T. Autoriza Numerac. de Facturas HI3000000 a HI3499999 segun Resol No 18763006260859 de Jun 06 de 2020 IVA Serv. Excl. Art 476 Nral I E.T.

Valor Total Cuenta:	27,869
Menos Descuentos:	0
Abonos y Depositos:	3,500
Total a Pagar:	24,369

SON VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON 00/100 M/CTE.

Revisado Por _____ Firma y Sello Clínica _____ Firma Paciente C.C. _____

Fecha: 2021/09/14 Hora: 10:15:51 Usuario: yejimenez Terminal: Periodo 2021/09 C.costo: 0114 cayfac 11.0.178



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

RRecCaj

Fecha 16/09/2021 14:48:45

Página 1

RECIBO DE ABONO Nro: 37834

USUARIO :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA	FECHA GENERACIÓN	16/09/2021
RESPONSABLE :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA		
CONCEPTO :	2		CUOTA MODERADORA		
OBSERVACIONES :					
VALOR:					3.500,00
SON :			TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS		
FORMA DE PAGO					
EFFECTIVO					
7J.0 *HOSVITAL*					N.I.T.: 899999123-7

Firma : FRANCIA ARAGON SERRANO

Programa Licenciado a: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

Medifaca IPS S.A.S

Nit : 900529056

RECIBO DE CAJA
Número : KCE00007977

DATOS GENERALES

Fecha del Recibo : 21/09/2021 10:39:00 a. m. Valor: \$ 3.500,00
 Centro de Costo : Estado: Registrado
 Tercero : 1070945175 - YESID STEVEN PARRA AMAYA Usuario: 391
 Valor en Letras : TRES MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE
 Detalle : CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR
 Responsable Pago: DIANA MARCELA AMAYA CC 35530566 MAMA

FORMAS DE PAGO

Efectivo	\$ 3.500,00
----------	-------------

DETALLE DEL MOVIMIENTO

Concepto	Tercero	Cen. Costo	Cuenta	Débito	Crédito
002 - CAJA CONSULTA EXTERNA T. ASIS. 1 PISO	1070945175		1101010601	\$ 3.500,00	\$0,00
013 CXP POR ANTICIPO PACIENTES (CM. COPAGO, ANTICIPO)	1070945175		2501010601	\$ 0,00	\$ 3.500,00

DETALLES DEL CONCEPTO: 013

ANTICIPOS

NÚMERO DE ANTICIPOS	INGRESO	VALOR ABONADO
KCE00007977	190484	\$ 3.500,00

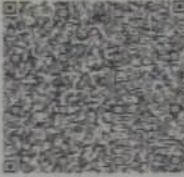
Medifaca
 CONSULTA EXTERNA
 (Handwritten signature)



HOSPITAL INFANTIL
UNIVERSITARIO
DE SAN JOSÉ

FUND.HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE
NIT. 900.098.476-8
CRA. 52 # 67A-71 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Teléfono: 4377540
Email: sincorreofe@hospitalinfantildesanjose.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HIJ-3196266
FUND.HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE



FECHA GENERACIÓN			
2021	09	22	10:21
FECHA VENCIMIENTO			
2021	10	22	

Tipo de operación: Estándar-10
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE: 84688662b7461ff1133715c1de2b2da9e875f6cd33738be73ef38d04cc4c39b44c24b4b7f32feb6385a19753a8adf722

CLIENTE: EPS FAMISANAR SAS	PACIENTE: PARRA AMAYA YESID STEVEN	FECHA INGRESO: 2021-09-22
NIT/ID: 830003564-7	ID: TI 1070945175	FECHA EGRESO: 2021-09-22
DIRECCIÓN: CARREAR A16N N. 85-90 BOGOTÁ - BOGOTÁ D.C.	DIRECCIÓN: Diagonal 22 Nro 4 71 T 15-Bogotá D.C.	TIP USUARIO: REGIMEN CONTRIBUTIVO
TELEFONO: 6356650-6356659	TELEFONO: 3142574691	
CONSECUTIVO INTERNO: 499348-1	POLIZA: 60687644	
DOCUMENTO: 03-1877183-01	AUTORIZACIÓN: 60687644	Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890289	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA-UNID.NAR	1,00	60.854,00		60.854,00

OBSERVACIONES:



HIJ3196266

SUBTOTAL	60.854,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	60.854,00
CDP/MOD/REC	3.500,00
TOTAL A PAGAR	57.354,00

SON: CINCUENTA Y SIETE MIL TRESIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura corresponde a ingresos recibidos para terceros de la empresa Helios Trust- PUCS NIT 830033963-6. Entidad sin ánimo de lucro. Esta factura no genera en todos sus efectos a una letra de cambio Art. 714 del Cód. Civ. Contribuyente del Régimen Tributario Especial Art 13 E.T. Dec. 2018 Art. 14-15 Imp. 3da. y 4da. Actividad no sujeta Dec 451 Nov 20/88 Art 21 letra D-E-T. Acto. recibida Art. 4 Acuerdo 21 de 1983. Autorización Numeración de Facturas No. HC3300000 a HC3400000 según Resolución No. 18783004260859 de Jun 06 de 2020. CDA Sene. Excl. Art 476 NIT 1 y 2.T.No como subcontrataciones.

ELABORÓ	FIRMA Y SELLO EMISOR	FIRMA Y SELLO CLIENTE
		CC No:

Convenio: EPS017- EPS FAMISANAR SAS Id Interno: 20-3196266-01 Prog: cnyfac Usuario: yejimenez FURI EULALIA BOLANOS JIMENEZ 2021-09-22 10:21:15

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

Fecha Validación DIAN: 2021-09-22 10:21:54-05:00



FUND.HOSPITAL INFANTIL UNIV. DE SAN JOSE

CRA. 52 # 67A-71

TELS: 4377540

NIT: 900098476-8

HOSPITAL INFANTIL
UNIVERSITARIO
DE SAN JOSÉ

FACTURA DE VENTA
N° HIJ - 3196266

Fecha Fac: 22/09/2021		Fecha Venc: 22/10/2021		
Responsable de la cuenta EPS FAMISANAR SAS		C.C. o Nit. 830003564	Dirección: CARREAR A16N N. 85-90 BOGOTA	Teléfono: 6356650-6356859
Paciente: YESID STEVEN PARRA AMAYA TI 1070945175		Tipo:	Teléfono: 1877183	Documento: 1877183
Fecha Ingreso: 00:00:00 22 09 2021 Hora Día Mes Año		Fecha Egreso: 00:00:00 22 09 2021 Hora Día Mes Año	Días Fact: 0	Observaciones:
				No. Poliza: 60687644
				Niv. B

Concepto	Descripción	Tercero	Valor
CEXT	CONSULTA EXTERNA	52252556 PINO HERNANDEZ SALLY PATRIC	60,854
	TOTAL GENERAL DE LOS SERVICIOS:		60,854
<p>Centro médico.</p> <p>213</p>			

Esta factura corresponde a ingresos recibidos para terceros de Fideicomiso Hekm Trust- FUCS NIT 830053963-6 No somos autorretenedores.	Valor Total Cuenta:	60,854
ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART 77 DEL COD. CIO. Contribuyente Regimen Tributatio Especial Art 19 E.T. DEC. 2026 ART 14-15 IMP IND Y CIO	Menos Descuentos:	0
sujeta Dec 423 Jun 26/96 Art 31 Nral D-E T. Activ. excluida Art 4 Acuerdo 21 de 1983. Entidad sin Animo de Lucro Contribuyente Regimen Tributario Especial Art. 19 E.T. Autoriza Numerac. de Facturas HI3000000 a HIJ3499999 segun Resol No 18763006260859 de Jun 06 de 2020. IVA Serv. Excl. Art 476 Nral 1 E.T.	Abonos y Depositos:	3,500
	Total a Pagar:	57,354

SON CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON 00/100 M/CTE

Revisado Por	Firma y Sello Clínica	Firma Paciente C.C
--------------	-----------------------	--------------------

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-09-24 17:37:51

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT.860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 88 No. 90 . 88 TEL. 6468000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

NIT.630.003.664-7

Plan : 100

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen: 2774: Puntodispcafam Fac2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070045175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

No Formula: 5032761000

Cuota Moderadora: 1230.00

ARTICULOS DESPACHADOS

PREDNISOLONA 5 MG TAB X 30 Unidad Minima

CUOTA_M: \$1.230

EFFECTIVO: 1.300

CAMBIO: 100

AJUSTE CAMBIO: 30

FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : ALEJANDRO NOVAL BELTRAN

SSC No. 24321674

Confirmado Por

COMPROBANTE DE DISPENSACION

Fecha Tiquete 2021-09-24 17:39:21

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NIT.860.013.570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90 . 88 TEL. 6488000

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NIT:830.003.564-7

Plan . 102

Direccion: Kr. 13 a 78-07 TEL 6500200

Punto Origen. 2774. Puntodispcafam Fac2774

Afiliado: Yesid Steven Parra Amaya

Identificacion: 1070845175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS AUTORIZADO

Autorizacion:

No Formula: 78409644

Cuota Moderadora: 1230.00

ARTICULOS DESPACHADOS

LEVOTIROXINA 75 MCG TAB X 30 Unidad Min:

ma

CUOTA_M: \$1.230

EFFECTIVO: 1.300

CAMBIO: 100

AJUSTE CAMBIO: 30

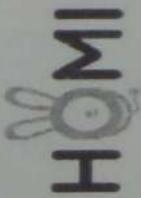
FORMA PAGO : EFECTIVO

Numero Guia:

Usuario : ALEJANDRO NOVAL BELTRAN

SSC No. 24321693

Confirmado Por



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

RRecCaj

Fecha 04/10/2021 12:46:08

Página 1

RECIBO DE ABONO Nro: 41378

USUARIO :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA	FECHA GENERACIÓN	04/10/2021
RESPONSABLE :	TI	1070945175	YESID STEVEN PARRA AMAYA		
CONCEPTO :	2		CUOTA MODERADORA		
OBSERVACIONES :	CANCELACIÓN DE FACTURA				
VALOR:	3.500,00				
SON :	TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS				
FORMA DE PAGO					
EFFECTIVO	3.500,00				
			Firma : PAOLA CRISTINA CORTES GARZÓN		
7.J.0 *HOSVITAL*	Programa Licenciado a: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA				N.I.T.: 899999123-7

DROGUERIA LA EXCELENCIA

SUCURSAL 1

AMAYA SANCHEZ MILLER

calle5 # 4-97 local 103

NIT 79832141-8

Tel 8422606

Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas

DOCUMENTO EQUIVALENTE POS

No.: MA272181

Autorización numeración según resolución No 18764000386897 del 2020 jun 30 al 2022 jun 30 Rango MA 200001 al MA 363243 Vigencia 23 Meses

MOSTRADOR

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
12/10/2021	09:43	6 VENDE	26 DAZA
VITAMINA E 400 U I 100 CAPSULAS COLMED			
100018240	2 C	\$ 32.400	*

Sub Total	\$ 32.400
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 32.400
Valor Recibido	\$ 50.000
Cambio	\$ 17.600
Exento	\$ 32.400
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago efectivo \$ 32.400

GRACIAS POR SU VISITA

Caja: USUARIO-PC

Coopidrogas

NIT. 860 026 123-0

Sistema P.O.S. - Dominium Plus

SISTEMA POS

TIQUETE DE MAQUINA REGISTRADORA

Fecha Tiquete: 2021-10-11 10:17:16

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

NT 860 012570-3

Direccion: Av. Cra. 68 No. 90. 88 TEL: 6886000

Punto Origin: 2774 Puntobapocafam Fac2774

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS

NT 830 003 564-7

Plan: 100

Direccion: Kz. 13 a 74-07 TEL: 6800200

Afiliado: Yeid Steven Parra Araya

Identificacion: 1070545175

Nivel: 1

Plan: RED IPS CAFAM

Sub Plan: POS CAPITA

Autorizacion:

2001 - Copepago/Cura M. Servicio Ambulancia 3000.00

Total a pagar: 3000.00

Efectivo: 3000

Cambio: 0

0

RESOLUCION CMR No 127501482207 DE FECHA 2021-10-07

HASTA 2022-01-07 DE DONDE 280277 AL 880000

Servicio Autorizado Resolucion 07204 agosto 2015

Servicio grandes contribuyentes

Resolucion 0021 del 10 de diciembre de 2020

Agente telemedico del momento entre las ventoselas

Tiquete No: MD48-210004

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD COLOMBIA S.A.S.

NT 800 306 140

INBOCAR

No. Tarea 4

Despachada 4

Luisa JENNYFER GABORRA NETO CRUZ

SIC No. 24470020

Conservar el tiquete. Si desea lectura electronica

por este tiquete, por favor contacte al personal

cafam en www.cafam.com.co Opcion Transacciones Express

con los siguientes datos

Servicio: Medicamentos D Tiquete No: MD48-210004

Valor Total: 3000.00

44006

Facatativá, Cundinamarca

Doctor

MARCO AURELIO LOZANO LOZANO

JUEZ PRIMERO PROMISCUO DE FAMILIA FACATATIVA

E. S. D.

REF.: EJECUTIVO DE ALIMENTOS- 25-269-31-84-001-2020-00151-00

En mi calidad de Defensora de Familia del ICBF, de manera atenta, para su revisión y aprobación, me permito allegar a su honorable Despacho, la actualización de la Liquidación del Crédito por capital, desde el mes de junio del 2014 hasta el mes de septiembre de 2021, correspondiente al Proceso **EJECUTIVO DE ALIMENTOS** No. **25-269-31-84-001-2020-00151-00**, instaurado por la señora **DIANA MARCELA AMAYA MOYA** en representación de su menor hijo **YESID STEVEN PARRA AMAYA** y en contra del señor **OMAR YESID PARRA BUSTOS**, de la siguiente manera:

ALIMENTOS

ALIMENTOS 2014								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 300.000	\$ 200.000	\$ 100.000	0,50%	\$ 500	90	\$ 45.000	\$ 145.000
Julio	\$ 300.000	\$ 0	\$ 300.000	0,50%	\$ 1.500	89	\$ 133.500	\$ 433.500
Octubre	\$ 300.000	\$ 200.000	\$ 100.000	0,50%	\$ 500	86	\$ 43.000	\$ 143.000
Noviembre	\$ 300.000	\$ 250.000	\$ 50.000	0,50%	\$ 250	85	\$ 21.250	\$ 71.250
Diciembre	\$ 300.000	\$ 150.000	\$ 150.000	0,50%	\$ 750	84	\$ 63.000	\$ 213.000
SUBTOTAL 1								\$ 1.005.750

ALIMENTOS 2015								
Cuota \$300,000 * 3,66 IPC = Total cuota \$310,980								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL

44006

enero	\$ 310.980	\$ 120.000	\$ 190.980	0,50%	\$ 955	83	\$ 79.257	\$ 270.237
Febrero	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	82	\$ 127.502	\$ 438.482
Marzo	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	81	\$ 125.947	\$ 436.927
Abril	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	80	\$ 124.392	\$ 435.372
Mayo	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	79	\$ 122.837	\$ 433.817
Junio	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	78	\$ 121.282	\$ 432.262
Julio	\$ 310.980	\$ 100.000	\$ 210.980	0,50%	\$ 1.055	77	\$ 81.227	\$ 292.207
Agosto	\$ 310.980	\$ 100.000	\$ 210.980	0,50%	\$ 1.055	76	\$ 80.172	\$ 291.152
Septiembre	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	75	\$ 116.618	\$ 427.598
Octubre	\$ 310.980	\$ 100.000	\$ 210.980	0,50%	\$ 1.055	74	\$ 78.063	\$ 289.043
Noviembre	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	73	\$ 113.508	\$ 424.488
Diciembre	\$ 310.980	\$ 0	\$ 310.980	0,50%	\$ 1.555	72	\$ 111.953	\$ 422.933
SUBTOTAL 2								\$ 4.324.280

ALIMENTOS 2016								
Cuota \$300,000 * 6,77 IPC = Total cuota \$332,033								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
enero	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	83	\$ 137.794	\$ 469.827
Febrero	\$ 332.033	\$ 130.000	\$ 202.033	0,50%	\$ 1.010	82	\$ 82.834	\$ 284.867
Marzo	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	81	\$ 134.473	\$ 466.506
Abril	\$ 332.033	\$ 122.000	\$ 210.033	0,50%	\$ 1.050	80	\$ 84.013	\$ 294.046
Mayo	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	79	\$ 131.153	\$ 463.186
Junio	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	78	\$ 129.493	\$ 461.526

44006

Julio	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	77	\$ 127.833	\$ 459.866
Agosto	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	76	\$ 126.173	\$ 458.206
Septiembre	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	75	\$ 124.512	\$ 456.545
Octubre	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	74	\$ 122.852	\$ 454.885
Noviembre	\$ 332.033	\$ 150.000	\$ 182.033	0,50%	\$ 910	73	\$ 66.442	\$ 248.475
Diciembre	\$ 332.033	\$ 0	\$ 332.033	0,50%	\$ 1.660	72	\$ 119.532	\$ 451.565
SUBTOTAL 3								\$ 4.499.673

ALIMENTOS 2017								
Cuota \$300,000 * 5,75 IPC = Total cuota \$351,125								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
enero	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	71	\$ 124.649	\$ 475.774
Febrero	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	70	\$ 122.894	\$ 474.019
Marzo	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	69	\$ 121.138	\$ 472.263
Abril	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	68	\$ 119.383	\$ 470.508
Mayo	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	67	\$ 117.627	\$ 468.752
Junio	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	66	\$ 115.871	\$ 466.996
Julio	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	65	\$ 114.116	\$ 465.241
Agosto	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	64	\$ 112.360	\$ 463.485
Septiembre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	63	\$ 110.604	\$ 461.729
Octubre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	62	\$ 108.849	\$ 459.974
Noviembre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	61	\$ 107.093	\$ 458.218
Diciembre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	60	\$ 105.338	\$ 456.463

44006

SUBTOTAL 4	\$ 5.117.647
-------------------	---------------------

ALIMENTOS 2018								
Cuota \$300,000 * 3,18 IPC = Total cuota \$362,291								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
enero	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	59	\$ 103.582	\$ 454.707
Febrero	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	58	\$ 101.826	\$ 452.951
Marzo	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	57	\$ 100.071	\$ 451.196
Abril	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	56	\$ 98.315	\$ 449.440
Mayo	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	55	\$ 96.559	\$ 447.684
Junio	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	54	\$ 94.804	\$ 445.929
Julio	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	53	\$ 93.048	\$ 444.173
Agosto	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	52	\$ 91.293	\$ 442.418
Septiembre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	51	\$ 89.537	\$ 440.662
Octubre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	50	\$ 87.781	\$ 438.906
Noviembre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	49	\$ 86.026	\$ 437.151
Diciembre	\$ 351.125	\$ 0	\$ 351.125	0,50%	\$ 1.756	48	\$ 84.270	\$ 435.395
SUBTOTAL 5								\$ 4.885.904

ALIMENTOS 2019								
Cuota \$300,000 * 3,80 IPC = Total cuota \$376,058								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL

44006

enero	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	47	\$ 88.374	\$ 464.432
Febrero	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	46	\$ 86.493	\$ 462.551
Marzo	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	45	\$ 84.613	\$ 460.671
Abril	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	44	\$ 82.733	\$ 458.791
Mayo	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	43	\$ 80.852	\$ 456.910
Junio	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	42	\$ 78.972	\$ 455.030
Julio	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	41	\$ 77.092	\$ 453.150
Agosto	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	40	\$ 75.212	\$ 451.270
Septiembre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	39	\$ 73.331	\$ 449.389
Octubre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	38	\$ 71.451	\$ 447.509
Noviembre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	37	\$ 69.571	\$ 445.629
Diciembre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	36	\$ 67.690	\$ 443.748
SUBTOTAL 6								\$ 4.984.649

ALIMENTOS 2020								
Cuota \$300,000 * 1,6 IPC = Total cuota \$376,058								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
enero	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	35	\$ 65.810	\$ 441.868
Febrero	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	34	\$ 63.930	\$ 439.988
Marzo	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	33	\$ 62.050	\$ 438.108
Abril	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	32	\$ 60.169	\$ 436.227
Mayo	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	31	\$ 58.289	\$ 434.347
Junio	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	30	\$ 56.409	\$ 432.467

44006

Julio	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	29	\$ 54.528	\$ 430.586
Agosto	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	28	\$ 52.648	\$ 428.706
Septiembre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	27	\$ 50.768	\$ 426.826
Octubre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	26	\$ 48.888	\$ 424.946
Noviembre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	25	\$ 47.007	\$ 423.065
Diciembre	\$ 376.058	\$ 0	\$ 376.058	0,50%	\$ 1.880	24	\$ 45.127	\$ 421.185
SUBTOTAL 7								\$ 4.736.451

ALIMENTOS 2021								
Cuota \$300,000 * 4,5 IPC = Total cuota \$399,307								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
enero	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	23	\$ 45.920	\$ 445.227
Febrero	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	22	\$ 43.924	\$ 443.231
Marzo	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	21	\$ 41.927	\$ 441.234
Abril	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	20	\$ 39.931	\$ 439.238
Mayo	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	19	\$ 37.934	\$ 437.241
Junio	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	18	\$ 35.938	\$ 435.245
Julio	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	17	\$ 33.941	\$ 433.248
Agosto	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	16	\$ 31.945	\$ 431.252
Septiembre	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	15	\$ 29.948	\$ 429.255
Octubre	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	14	\$ 27.951	\$ 427.258
Noviembre	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	13	\$ 25.955	\$ 425.262
Diciembre	\$ 399.307	\$ 0	\$ 399.307	0,50%	\$ 1.997	12	\$ 23.958	\$ 423.265

44006

SUBTOTAL 8	\$ 4.765.729
-------------------	---------------------

VESTUARIO

Vestuario 2014								
Total cuota \$180,000								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 180.000	\$ 0	\$ 180.000	0,50%	\$ 900	90	\$ 81.000	\$ 261.000
Diciembre	\$ 180.000	\$ 0	\$ 180.000	0,50%	\$ 900	84	\$ 75.600	\$ 255.600
SUBTOTAL 1								\$ 516.600

Vestuario 2015								
Cuota \$180,000 * 3,66 IPC = Total cuota \$186,588								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 186.588	\$ 0	\$ 186.588	0,50%	\$ 933	78	\$ 72.769	\$ 259.357
Diciembre	\$ 186.588	\$ 0	\$ 186.588	0,50%	\$ 933	72	\$ 67.172	\$ 253.760
SUBTOTAL 2								\$ 513.117

Vestuario 2016								
Cuota \$180,000 * 6,77 IPC = Total cuota \$199,220								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 199.220	\$ 0	\$ 199.220	0,50%	\$ 996	18	\$ 17.930	\$ 217.150
Diciembre	\$ 199.220	\$ 0	\$ 199.220	0,50%	\$ 996	12	\$ 11.953	\$ 211.173

44006

SUBTOTAL 3	\$ 428.323
-------------------	-------------------

Vestuario 2017								
Cuota \$180,000 * 5,75 IPC = Total cuota \$210,675								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 199.220	\$ 0	\$ 199.220	0,50%	\$ 996	66	\$ 65.743	\$ 264.963
Diciembre	\$ 199.220	\$ 0	\$ 199.220	0,50%	\$ 996	60	\$ 59.766	\$ 258.986
SUBTOTAL 4								\$ 523.949

Vestuario 2018								
Cuota \$180,000 * 3,18 IPC = Total cuota \$217,374								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 217.374	\$ 0	\$ 217.374	0,50%	\$ 1.087	54	\$ 58.691	\$ 276.065
Diciembre	\$ 217.374	\$ 0	\$ 217.374	0,50%	\$ 1.087	48	\$ 52.170	\$ 269.544
SUBTOTAL 5								\$ 545.609

Vestuario 2019								
Cuota \$180,000 * 3,80 IPC = Total cuota \$317,374								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 217.374	\$ 0	\$ 217.374	0,50%	\$ 1.087	42	\$ 45.649	\$ 263.023
Diciembre	\$ 217.374	\$ 0	\$ 217.374	0,50%	\$ 1.087	36	\$ 39.127	\$ 256.501
SUBTOTAL 6								\$ 519.524

44006

Vestuario 2020								
Cuota \$180,000 * 1,61 IPC = Total cuota \$229,267								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 229.267	\$ 0	\$ 229.267	0,50%	\$ 1.146	29	\$ 33.244	\$ 262.511
Diciembre	\$ 229.267	\$ 0	\$ 229.267	0,50%	\$ 1.146	24	\$ 27.512	\$ 256.779
SUBTOTAL 7								\$ 519.290

Vestuario 2021								
Cuota \$180,000 * 4,5 IPC = Total cuota \$239,584								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Junio	\$ 239.267	\$ 0	\$ 239.267	0,50%	\$ 1.196	4	\$ 4.785	\$ 244.052
SUBTOTAL 8								\$ 260.801

EDUCACION

EDUCACIÓN								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Total, facturas	\$ 1.921.800	\$ 0	\$ 1.921.800	0,50%	\$ 9.609	90	\$ 864.810	\$ 2.786.610
SUBTOTAL 9								\$ 2.786.610

SALUD

SALUD								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL

44006

Total, facturas	\$ 2.226.707	\$ 0	\$ 2.226.707	0,50%	\$ 11.134	90	\$ 1.002.018	\$ 3.228.725
SUBTOTAL 10								\$ 3.228.725

Solicito de manera respetuosa se tengan en cuenta las siguientes facturas correspondientes al año 2021, no incluidas dentro de la demanda:

Factura de venta Droguería punto Plus del 01 de octubre de 2020

\$1500/2 = \$750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$750 Anexo 1 Folio 1**

Copago N°52287019 del 19 de octubre de 2020

\$3400/2 = \$1.700 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1700 Anexo 1 Folio 2**

Copago N°5031059436 del 13 de octubre de 2020

\$3400/2 = \$1.700 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1700 Anexo 1 Folio 3**

Factura de venta Droguería punto Plus del 21 de noviembre de 2020

\$4.000/2 = \$2.000 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$2.000 Anexo 1 Folio 4**

Copago N°5031059437 del 18 de noviembre de 2020

\$3400/2 = \$1.700 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1700 Anexo 1 Folio 5**

Copago N°MD48-246531 del 18 de noviembre de 2020

\$3400/2 = \$1.700 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1700 Anexo 1 Folio 6**

Copago N°5655 del 11 de noviembre de 2020

\$13.500/2 = \$6.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$6.750 Anexo 1 Folio 7**

Copago N°5657 del 11 de noviembre de 2020

44006

\$13.500/2 = \$6.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$6.750 Anexo 1 Folio 8

Copago N°26924 del 27 de noviembre de 2020

\$13.600/2 = \$6.700 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$6.700 Anexo 1 Folio 9

Factura de venta Droguería punto Plus del 20 de diciembre de 2020

\$4.700/2 = \$2.350 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$2.350 Anexo 1 Folio 10

Factura de venta Droguería punto Plus del 03 de diciembre de 2020

\$1.500/2 = \$750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$750 Anexo 1 Folio 11

Copago N°5031059438 del 18 de diciembre de 2020

\$3400/2 = \$1.700 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1700 Anexo 1 Folio 12

Factura de venta Droguería punto Plus del 04 de diciembre de 2020

\$1.500/2 = \$750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$750 Anexo 1 Folio 13

Factura de venta Droguería punto Plus del 18 de enero de 2021

\$1000/2 = \$1.000 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.000 Anexo 1 Folio 14

Factura éxito crema humectante y vitamina E N°009051024845

\$59.250/2 = \$29.625 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$29.625 Anexo 1 Folio 15

Copago N°5031059439 del 18 de enero de 2021

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 16

Copago N°BC51647214 del 24 de enero de 2021

44006

\$3400/2 = \$1.700 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1700 Anexo 1 Folio 17**

Copago N°BC51647213 del 24 de enero de 2021

\$8.400/2 = \$4.200 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$4.200 Anexo 1 Folio 18**

Copago N°11603 del 24 05 de febrero de 2021

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 19**

Recibo de pago Bancario por concepto de control médico N°98120498-0

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 20**

Recibo de pago Bancario por concepto de control médico N°98120507-2

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 21**

Copago N°SSC22414043 del 19 de febrero de 2021

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 22**

Copago N°SSC22479057 28 de febrero de 2021

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 23**

Copago N°15537 30 de marzo de 2021

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 24**

Copago N°15221 25 de marzo de 2021

\$3500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 25**

Dasan Odontología Especializada del 09 de marzo de 2021

44006

\$80.000/2 = \$40.000 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$40.000 Anexo 1 Folio 26

Copago N°30161 15 de marzo de 2021

\$14.000/2 = \$7.000 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$7.000 Anexo 1 Folio 27

Copago N°55978324 28 de marzo de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 28

Copago N°SC22724707 26 de marzo de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 29

Copago N°71568223 13 de marzo de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 30

Copago N°5031859559 19 de marzo de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 31

Copago N°SSC22414043 13 de marzo de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 32

Copago N°R35-4259 12 de marzo de 2021

\$17.250/2 = \$8.625 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$8.625 Anexo 1 Folio 33

Aquidrogas Facatativá N°T3650 del 20 de abril de 2021

\$30.000/2 = \$15.000 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$15.000 Anexo 1 Folio 34

Copago N°SSC22724707 07 de abril de 2021

44006

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 35

Copago N°0200000122 09 de abril de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 36

Copago N°5031859560 17 de abril de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 37

Copago N°5032072462 17 de abril de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 38

Factura de venta Droguería punto Plus del 06 de mayo de 2021

\$2.400/2 = \$1.200 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.200 Anexo 1 Folio 39

Copago N°5031859561 15 de mayo de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 40

Factura CENCOSUD Colombia N°0709274432 19 de mayo de 2021

\$15.950/2 = \$7.975 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$7.975 Anexo 1 Folio 41

Copago N°5032415568 12 de junio de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 42

Copago N°SSC23483121 25 de junio de 2021

\$1.200/2 = \$600 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$600 Anexo 1 Folio 43

44006

Copago N°5032415569 12 de julio de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 44**

Factura de venta Droguería punto Plus del 26 de julio de 2021
\$2.800/2 = \$1.400 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.400 Anexo 1 Folio 45**

Copago N°KCE00007058 27 de julio de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 46**

Copago N°BFLO1828684 31 de julio de 2021
\$19.800/2 = \$9.900 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$9.900 Anexo 1 Folio 47**

Copago N°262428 06 de agosto de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 48**

Copago N°MD46-296996 11 de agosto de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 49**

Copago N°5032415570 11 de agosto de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 50**

Factura de venta Droguería punto Plus del 12 de agosto de 2021
\$1.700/2 = \$850 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$850 Anexo 1 Folio 51**

Factura de venta D1 garrafa de agua para laboratorio 24 horas N°D796166801
\$2.990/2 = \$1.495 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **1.495 Anexo 1 Folio 52**

44006

Copago N°HIJ-3179314 23 de septiembre de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 53**

Copago N°5032761899 25 de agosto de 2021
\$1.230/2 = \$615 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$615 Anexo 1 Folio 54**

Copago N°77322116 25 de agosto de 2021
\$1.230/2 = \$615 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$615 Anexo 1 Folio 55**

Copago N°36348 09 de septiembre de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 56**

Copago N°SSC24175581 10 de septiembre de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 57**

Copago N°HIJ-3191953 14 de septiembre de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 58**

Factura la Casita de la Salud 15 de septiembre de 2021
\$11.800/2 = \$5.900 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$5.900 Anexo 1 Folio 59**

Copago N°37834 16 de septiembre de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 60**

Copago N°KCE00007977 21 de septiembre de 2021
\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)
Total **\$1.750 Anexo 1 Folio 61**

44006

Copago N°499348-1 22 de septiembre de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 62

Copago N°HIJ-3196266 22 de septiembre de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 63

Copago N°5032761900 24 de septiembre de 2021

\$1.230/2 = \$615 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$615 Anexo 1 Folio 64

Copago N°78409644 24 de septiembre de 2021

\$1.230/2 = \$615 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$615 Anexo 1 Folio 65

Copago N°41378 04 de octubre de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 66

Droguería la excelencia N°MA272181 12 de octubre de 2021

\$32.400/2 = \$16.200 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$16.200 Anexo 1 Folio 67

Copago N°MD48-310304 11 de octubre de 2021

\$3.500/2 = \$1.750 (50% Que le corresponde pagar al padre)

Total \$1.750 Anexo 1 Folio 68

Total adeudado por concepto de SALUD: \$233.600

44006

SALUD								
MES	CAPITAL	ABONO	SALDO	INTERESES	CAPITAL X INTERESES	MESES	INTERESES MESES ADEUDADOS	TOTAL
Total facturas	\$ 233.600	\$ 0	\$ 233.600	0,50%	\$ 1.168	12	\$ 14.016	\$ 247.616
							SUBTOTAL 1	\$ 247.616

Costas del presente proceso, incluyendo agencias de derecho, a lo que bien haya considerado el Honorable Juzgado.

Valor total del Crédito por capital son: **CUARENTA Y CUATRO MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS MONEDA LEGAL CORRIENTE (\$44.396.231 m/cte).**

De manera respetuosa y comedida solicito al señor Juez realizar los ajustes por intereses y que una vez se encuentre aprobada la actualización del crédito solicitada y allegada se sirva modificar la cuantía a embargar.

Agradezco al señor Juez, AUTORIZAR el pago de los títulos judiciales que por el presente proceso se encuentran y llegaren a favor de la señora DIANA MARCELA AMAYA MOYA, quien actúa en calidad de demandante.

Atentamente,



IVONNE GALVIS GONZALEZ
Defensora de Familia ICBF de Facatativá
C.C. No. 1098614148 de Bucaramanga
TP No. 185.644 del C.S.J

ACTUALIZACION DE CREDITO PROCESO EJECUTIVO DE ALIMENTOS- 25-269-31-84-001-2020-00151-00

Ivonne Galvis Gonzalez <Ivonne.Galvis@icbf.gov.co>

Vie 22/10/2021 8:50 AM

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

CC: dianayeto17@gmail.com <dianayeto17@gmail.com>

Señores

JUZGADO PRIMERO PROMISCOU DE FAMILIA

Adjunto al presente me permito enviar actualización de crédito dentro del proceso **EJECUTIVO DE ALIMENTOS**- que en su despacho cursa bajo el radicado **25-269-31-84-001-2020-00151-00**, con sus respectivos soportes.

Atentamente,

 <p>BIENESTAR FAMILIAR</p>	<p>Ivonne Galvis González Profesional Especializado Defensora de Familia Protección ICBF Centro Zonal Facatativá – Regional Cundinamarca Carrera 6 N° 3 – 28 Barrio Chapinero • Tel.: 4377630 Ext: 173004</p>	<p>Síguenos en:</p> <ul style="list-style-type: none">  ICBFColombia  @ICBFColombia  ICBFinstitucionalICBF  icbfcolombiaoficial 	<p>Línea gratuita nacional ICBF: 01 8000 91 80 80 www.icbf.gov.co</p> <p> El futuro es de todos Gobierno de Colombia</p>
<p>Cuidar el medio ambiente es proteger a nuestra niñez, adolescencia y juventud</p>		<p>Clasificación de la información: CLASIFICADA</p>	

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co