

Doctor  
**DIEGO FERNANDO RIVERA FIERRO**  
**JUEZ PROMISCUO MUNICIPAL**  
Villapinzón Cundinamarca.

**REF.: PROCESO: EJECUTIVO DE ALIMENTOS**  
**RADICADO 2015-00261**  
**DEMANDANTE: MARTHA YOLANDA RAMÍREZ CHACÓN**  
**DEMANDADO: RODOLFO PEDRAZA LÓPEZ.**

1

**JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ MONTENEGRO**, mayor de edad, vecino, domiciliado y residente en Chocontá Cundinamarca, abogado titulado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No. 3-.002.774 expedida en Chocontá, portador de la T.P. No. 2128236 del C.S.J., debidamente reconocido ante su despacho dentro del referido proceso, con mi acostumbrado respeto me dirijo con el fin de aportar la liquidación del crédito desde el día 01 de Enero de 2016 al día 30 de Agosto del presente año (2022), Inclusive, elaborada por la señorita **NATHALIA JIMENEZ RAMIREZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, domiciliada y residente en Bogotá, Contadora Publica titulada y en ejercicio, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.020.720.594 de Bogotá y portadora de la tarjeta profesional No, 259772-TP, expedida por la Junta Central de Contadores, lo que procedo a realizar de la siguiente manera.

| <b>AÑO</b> | <b>INCREMENTO ANUAL (SMLMV)</b> | <b>VALOR CUOTA</b> |
|------------|---------------------------------|--------------------|
| 2016       | 6.77%                           | \$ 71.785,00       |
| 2017       | 5.75%                           | \$ 75.912,00       |
| 2018       | 4.09%                           | \$ 79.017,00       |
| 2019       | 3.18%                           | \$ 81.530,00       |
| 2020       | 3.80%                           | \$ 84.628,00       |

*Carrera 5ª No. 5-73 Oficina 211 Teléfono Móvil 3108823401*  
*E - MAIL - [disnatglo77@yahoo.es](mailto:disnatglo77@yahoo.es)*  
*Centro Comercial Molino del parque Chocontá Cundinamarca*

*JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ MONTENEGRO*  
*Abogado*  
*Civil - Familia y Menor - Penal - Político*

|      |       |              |
|------|-------|--------------|
| 2021 | 1.61% | \$ 85.990,00 |
| 2022 | 5.62% | \$ 90.823,00 |

Teniendo en cuenta lo anterior, el valor de la cuota, los gastos médicos, transporte, pañales, medicamento y mudas de Ropa de los meses por cobrar corresponde a lo siguiente:

2

- 1.- Meses adeudados año DOS MIL DIECISÉIS (12) Enero a diciembre
- 2.- Meses adeudados año DOS MIL DIECISIETE (12) Enero a diciembre.
- 3.- Meses adeudados año DOS MIL DIECIOCHO (12) Enero a diciembre
- 4.- Meses adeudados año DOS MIL DIECINUEVE (12) Enero a diciembre
- 5.- Meses adeudados año DOS MIL VEINTE (12) Enero a diciembre
- 6.- Meses adeudados año DOS MIL VEINTIÚN (12) Enero a diciembre
- 4.- Meses adeudados año DOS MIL VEINTIDÓS (8) Enero a agosto

Por lo anterior el valor adeudado a la fecha es el siguiente:

| CONCEPTO                                            | VALOR                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|
| Liquidación del 01 de Enero al 31 de Diciembre 2016 | \$ 5.191.954,20         |
| Liquidación del 01 de Enero al 31 de Diciembre 2017 | \$ 5.663.899,57         |
| Liquidación del 01 de Enero al 31 de Diciembre 2018 | \$ 3.141.898,51         |
| Liquidación del 01 de Enero al 31 de Diciembre 2019 | \$ 5.574.282,51         |
| Liquidación del 01 de Enero al 31 de Diciembre 2020 | \$ 2.526.228,74         |
| Liquidación del 01 de Enero al 31 de Diciembre 2021 | \$ 2.622.939,01         |
| Liquidación del 01 de enero a Agosto 2022           | \$ 4.193.218,92         |
| <b>TOTAL INTERES MÁS CAPITAL</b>                    | <b>\$ 28.914.421,46</b> |

*Carrera 5ª No. 5-73 Oficina 211 Teléfono Móvil 3108823401*  
*E - MAIL - [disnatglo77@yahoo.es](mailto:disnatglo77@yahoo.es)*  
*Centro Comercial Molino del parque Chocontá Cundinamarca*

El total de interés más capital asciende a la suma de VEINTIOCHO MILLONES NOVECIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN **(\$28.914.421.46)** PESOS CON CUARENTA Y SEIS PESOS- M/CTE-

Más recibos adicionales anexos de gastos para la menor (incapaz) ocasionados desde el día 25 de noviembre del 2014 hasta el día dos (02) de mayo del año 2022, que suman **OCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS (\$8.895.466.00) CENTAVOS MCTE.**

| FECHA      | No FACTURA | CONCEPTO                  | VALOR         |
|------------|------------|---------------------------|---------------|
| 25/11/2014 |            | Pago Consulta             | \$ 28.400,00  |
| 5/02/2015  |            | 2 Frascos De Gotas Dorzol | \$ 130.000,00 |
| 16/02/2015 |            | Pago Consulta             | \$ 29.800,00  |
| 18/02/2015 |            | Pañales, Crema            | \$ 70.500,00  |
| 10/03/2015 |            | 2 Frascos De Gotas Dorzol | \$ 130.000,00 |
| 26/03/2015 |            | 3 Pacas De Pañal          | \$ 61.500,00  |
| 8/04/2015  |            | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 130.000,00 |
| 16/04/2015 |            | Amoxicilina               | \$ 12.500,00  |
| 12/05/2015 |            | Pago Consulta             | \$ 29.800,00  |
| 22/05/2015 |            | 4 Pacas De Pañales        | \$ 82.000,00  |
| 18/06/2015 |            | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 130.000,00 |
| 2/07/2015  |            | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 130.000,00 |
| 2/07/2015  |            | 4pacas De Pañales         | \$ 80.000,00  |
| 19/07/2015 |            | Pañales-Flumicil          | \$ 14.700,00  |
| 9/08/2015  |            | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 130.000,00 |
| 11/08/2015 |            | Granulada                 | \$ 9.000,00   |
| 11/08/2015 |            | Dorzol                    | \$ 66.600,00  |
| 19/08/2015 |            | Pago Consulta             | \$ 29.800,00  |
| 10/09/2015 |            | Dolex                     | \$ 11.600,00  |
| 12/09/2015 |            | 2 Frascos De Gotas Dorzol | \$ 130.000,00 |
| 5/10/2015  |            | 2 Frascos De Gotas Dorzol | \$ 130.000,00 |
| 9/10/2015  |            | Tarito Rojo Emulsion      | \$ 13.700,00  |
| 9/11/2015  |            | Pago Consulta             | \$ 29.800,00  |
| 1/12/2015  |            | 4 Pacas De Pañales        | \$ 80.000,00  |
| 12/12/2015 |            | 4 Pacas De Pañales        | \$ 18.500,00  |
| 15/12/2015 |            | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 130.000,00 |
| 18/01/2016 |            | Crema Y Colonia           | \$ 20.100,00  |

*JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ MONTENEGRO*  
*Abogado*  
*Civil - Familia y Menor - Penal - Político*

|            |     |                                 |               |
|------------|-----|---------------------------------|---------------|
| 9/03/2016  |     | 3 Pacas De Pañal                | \$ 70.500,00  |
| 1/04/2016  |     | Kola Granulada, Shampu, Pañales | \$ 41.300,00  |
| 21/04/2016 |     | Pago Consulta                   | \$ 31.800,00  |
| 1/05/2021  |     | 4 Pacas De Pañales              | \$ 84.000,00  |
| 5/05/2016  | 566 | 2 Frascos De Gotas Dorzol       | \$ 140.000,00 |
| 14/06/2016 |     |                                 | \$ 20.000,00  |
| 14/06/2016 |     | Pañales                         | \$ 122.000,00 |
| 14/06/2016 |     | Shampo Y Desorante              | \$ 16.900,00  |
| 5/07/2016  |     | 4 Pacas De Pañales              | \$ 94.000,00  |
| 7/07/2016  |     | Crema                           | \$ 20.000,00  |
| 8          |     | 2 Frascos De Gotas Dorzol       | \$ 140.000,00 |
| 1/08/2016  |     | 4 pacas De Pañales              | \$ 94.000,00  |
| 10/08/2016 |     | 2 Frascos De Gotas Dorzol       | \$ 140.000,00 |
| 10/08/2016 |     | Jarabe Para La Tos              | \$ 6.000,00   |
| 10/08/2016 |     | Gelatina Y Yogurt               | \$ 18.400,00  |
| 10/08/2016 |     | Shampu                          | \$ 11.600,00  |
| 18/08/2016 |     | Ensoy Niños                     | \$ 33.400,00  |
| 3/09/2016  |     | Papel, Galletas                 | \$ 5.650,00   |
| 3/09/2016  |     | Tostadas                        | \$ 9.900,00   |
| 1/10/2016  |     | 4 Pacas De Pañales              | \$ 94.000,00  |
| 7/10/2016  |     | Pañitos                         | \$ 11.200,00  |
| 10/10/2016 |     | 2 Frascos De Gotas Dorzol       | \$ 140.000,00 |
| 12/10/2016 |     | Tostadas                        | \$ 10.100,00  |
| 12/10/2016 |     | Yogures, Gelatina               | \$ 8.200,00   |
| 15/10/2016 |     | 2 Frascos De Gotas Dorzol       | \$ 140.000,00 |
| 20/10/2016 |     | Amoxicilina                     | \$ 5.000,00   |
| 20/10/2016 |     | Crema                           | \$ 6.000,00   |
| 20/10/2016 |     | Camisa                          | \$ 21.000,00  |
| 11/11/2016 |     | Paquetes                        | \$ 9.500,00   |
| 11/11/2016 |     | 4 pacas De Pañales              | \$ 92.000,00  |
| 14/11/2016 |     | Pantalon                        | \$ 57.200,00  |
| 14/11/2016 |     | Buso                            | \$ 20.800,00  |
| 14/11/2016 |     | 2 Frascos De Gotas Dorzol       | \$ 130.000,00 |
| 18/11/2016 |     | Crema                           | \$ 20.000,00  |
| 18/11/2016 |     | Jabon Desorante                 | \$ 6.900,00   |
| 8/12/2016  |     | 2 Frascos De Gotas Dorzol       | \$ 140.000,00 |
| 13/12/2016 |     | Pago Consulta                   | \$ 29.900,00  |
| 13/12/2016 |     | Shampu                          | \$ 14.000,00  |
| 14/12/2016 |     | Repol                           | \$ 29.800,00  |

*JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ MONTENEGRO*  
*Abogado*  
*Civil - Familia y Menor - Penal - Político*

|            |                           |               |
|------------|---------------------------|---------------|
| 14/12/2016 | 4 Pacas De Pañales        | \$ 91.200,00  |
| 5/01/2017  | 4 Pacas De Pañales        | \$ 94.000,00  |
| 17/01/2017 | Papel                     | \$ 8.300,00   |
| 15/05/2017 | Clean                     | \$ 69.210,00  |
| 3/06/2017  | 2 Frascos De Gotas Dorzol | \$ 140.000,00 |
| 3/06/2017  | Dorzol                    | \$ 82.600,00  |
| 20/06/2017 | 4 Pacas De Pañales        | \$ 98.000,00  |
| 10/07/2017 | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 140.000,00 |
| 15/07/2017 | Pollo                     | \$ 20.000,00  |
| 15/07/2017 | Bicicletero               | \$ 11.800,00  |
| 17/07/2017 | 4 Pacas De Pañales        | \$ 98.000,00  |
| 17/07/2017 | Champu Jabon              | \$ 24.700,00  |
| 23/07/2017 | Pantalon                  | \$ 35.800,00  |
| 1/08/2017  | Flumicil                  | \$ 3.300,00   |
| 5/08/2017  | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 140.000,00 |
| 17/08/2017 | 4 Pacas De Pañales        | \$ 98.000,00  |
| 17/08/2017 | Kola, Emulsion, Tapabocas | \$ 30.100,00  |
| 17/08/2017 | Copias                    | \$ 6.000,00   |
| 29/08/2017 | Carne De Res              | \$ 20.000,00  |
| 29/08/2017 | Pañales                   | \$ 24.600,00  |
| 5/09/2017  | Pago Consulta             | \$ 31.900,00  |
| 5/09/2017  | 4 Pacas De Pañales        | \$ 98.000,00  |
| 6/09/2017  | 2Frascos De Gotas Dorzol  | \$ 70.000,00  |
| 2/10/2017  | Pago Consulta             | \$ 75.000,00  |
| 5/10/2017  | Pago Electrograma         | \$ 25.000,00  |
| 5/10/2017  | Enguento                  | \$ 29.100,00  |
| 8/10/2017  | 4 Pacas De Pañales        | \$ 98.000,00  |
| 8/10/2017  | 1 Frasco De Dorzol        | \$ 75.000,00  |
| 13/10/2017 | 4 Pacas De Pañales        | \$ 98.000,00  |
| 15/10/2017 | Frutas Y Verduras         | \$ 20.000,00  |
| 19/10/2017 | Vigamox                   | \$ 72.750,00  |
| 20/10/2017 | Toallitas Y Yogurt        | \$ 4.750,00   |
| 23/10/2017 | Yogurt, Gelatina          | \$ 2.250,00   |
| 24/10/2017 | Toallitas Y Yogurt        | \$ 4.750,00   |
| 24/10/2017 | Pañales                   | \$ 15.500,00  |
| 24/10/2017 | Pañales                   | \$ 2.600,00   |
| 26/10/2017 | Pañales                   | \$ 14.900,00  |
| 29/10/2017 | Pago Consulta             | \$ 150.000,00 |
| 8/11/2017  | Pago Consulta             | \$ 31.900,00  |

*Carrera 5ª No. 5-73 Oficina 211 Teléfono Móvil 3108823401*  
*E - MAIL - disnatglo77@yahoo.es*  
*Centro Comercial Molino del parque Chocontá Cundinamarca*

*JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ MONTENEGRO*  
*Abogado*  
*Civil - Familia y Menor - Penal - Político*

|            |  |                             |               |
|------------|--|-----------------------------|---------------|
| 12/11/2017 |  | Cefalexina                  | \$ 4.950,00   |
| 11/11/2017 |  | Jarabe Para La Tos          | \$ 15.200,00  |
| 13/11/2017 |  | Gelatina Y Yogurt           | \$ 14.400,00  |
| 15/11/2017 |  | Frasco Vigamox              | \$ 67.000,00  |
| 15/11/2017 |  | Pollo                       | \$ 20.800,00  |
| 27/11/2017 |  | Pañales                     | \$ 28.750,00  |
| 27/11/2017 |  | Vigamox                     | \$ 67.000,00  |
| 27/11/2017 |  | Aspirina                    | \$ 3.700,00   |
| 27/11/2017 |  | 4 Pacas De Pañales          | \$ 98.000,00  |
| 27/11/2017 |  | Carne De Res                | \$ 33.000,00  |
| 11/12/2017 |  | Jabon,Rexona. Sal De Frutas | \$ 6.500,00   |
| 11/12/2017 |  | Vigamox                     | \$ 65.475,00  |
| 12/11/2017 |  | Crema Dental                | \$ 6.400,00   |
| 14/12/2017 |  | 4 Pacas De Pañales          | \$ 95.200,00  |
| 30/12/2017 |  | Mercado                     | \$ 15.920,00  |
| 8/01/2018  |  | 1 Frasco De Dorzol          | \$ 72.000,00  |
| 8/01/2018  |  | Pañales                     | \$ 41.000,00  |
| 11/01/2018 |  | 4 Pacas De Pañales          | \$ 98.000,00  |
| 16/01/2018 |  | Shampu                      | \$ 17.200,00  |
| 17/01/2018 |  | Vigamox                     | \$ 72.500,00  |
| 31/01/2018 |  | Consulta Medica             | \$ 23.400,00  |
| 2/02/2018  |  | 2Frascos De Gotas Dorzol    | \$ 140.000,00 |
| 22/02/2018 |  | 4 Pacas De Pañales          | \$ 25.000,00  |
| 3/05/2018  |  | 2 Frasco De Vigamox         | \$ 140.000,00 |
| 3/05/2018  |  | Pañitos                     | \$ 9.800,00   |
| 14/03/2018 |  | Kola                        | \$ 6.900,00   |
| 14/03/2018 |  | 4 Pacas De Pañales          | \$ 100.000,00 |
| 18/03/2018 |  | Redoxon                     | \$ 6.471,00   |
| 18/03/2018 |  | Papel Higienico             | \$ 10.250,00  |
| 18/03/2018 |  | Ensure                      | \$ 40.500,00  |
| 23/03/2018 |  | Emulsion                    | \$ 5.500,00   |
| 4/04/2018  |  | 4Pacas De Pañales           | \$ 100.000,00 |
| 10/04/2018 |  | 2Frascos De Gotas Dorzol    | \$ 140.000,00 |
| 1/05/2018  |  | 2Frascos De Gotas Dorzol    | \$ 140.000,00 |
| 10/05/2018 |  | 4 Pacas De Pañales          | \$ 100.000,00 |
| 12/05/2018 |  | Toallitas Winny             | \$ 9.500,00   |
| 18/05/2018 |  | Ensure                      | \$ 40.500,00  |
| 20/01/2020 |  | Pediasure                   | \$ 51.500,00  |
| 13/04/2021 |  | Plitican                    | \$ 41.700,00  |

*Carrera 5ª No. 5-73 Oficina 211 Teléfono Móvil 3108823401*  
*E - MAIL - disnatglo77@yahoo.es*  
*Centro Comercial Molino del parque Chocontá Cundinamarca*

*JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ MONTENEGRO*  
*Abogado*  
*Civil - Familia y Menor - Penal - Político*

|            |  |                        |                        |
|------------|--|------------------------|------------------------|
| 21/05/2021 |  | Pañales                | \$ 45.000,00           |
| 21/07/2021 |  | Pañales                | \$ 79.600,00           |
| 15/08/2021 |  | Tena                   | \$ 109.200,00          |
| 20/09/2021 |  | Tena-Alcohol-Tapabocas | \$ 93.900,00           |
| 20/09/2021 |  | Mercado                | \$ 39.900,00           |
| 20/10/2021 |  | Pañales                | \$ 37.900,00           |
| 20/10/2021 |  | Tapabocas, Copitos     | \$ 21.200,00           |
| 28/10/2021 |  | Pañales                | \$ 37.900,00           |
| 29/12/2021 |  | Denolax                | \$ 16.800,00           |
| 23/01/2022 |  | Pañales                | \$ 79.000,00           |
| 12/02/2022 |  | Pañales. Emulsión      | \$ 44.600,00           |
| 26/02/2022 |  | Pañales                | \$ 82.800,00           |
| 24/03/2022 |  | Pañales                | \$ 82.800,00           |
| 4/04/2022  |  | Kola Granulada         | \$ 18.400,00           |
| 12/04/2022 |  | Tapabocas              | \$ 19.100,00           |
| 2/05/2022  |  | Tapabocas              | \$ 15.000,00           |
|            |  | <b>TOTAL</b>           | <b>\$ 8.895.476,00</b> |

7

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| TOTAL INTERES MÁS CAPITAL             | \$ 28.914.421,46        |
| FACTURAS                              | \$ 8.895.476,00         |
| <b>TOTAL LIQUIDACION AGOSTO 2-022</b> | <b>\$ 37.809.897,46</b> |

El total de interés más capital asciende a la suma de **TREINTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON CUARENTA Y SEIS (\$ 37.809.897,46) CENTAVOS M/CTE.**

**ANEXO. Lo anunciado en 107 folios**

Atentamente,

  
**JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ MONTENEGRO**  
**C.C. No. 3.002.774 de Chocontá**  
**T.P. No. 218236 del C.S.J.**

*Carrera 5ª No. 5-73 Oficina 211 Teléfono Móvil 3108823401*  
*E - MAIL - disnatglo77@yahoo.es*  
*Centro Comercial Molino del parque Chocontá Cundinamarca*

Dir: CALLE 165 # 7 - 06

Tel: 6767446 HOSPITAL SIMON BOLIVAR

FACTURA DE VENTA NIT: 800196433-9

Con cargo a: CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTOR  
Direc: CRA 30 NO. 45A 52

Tel. 4857500

Nit o C.C. 900298372  
Fecha fac. 2016/04/21  
Fecha ing 2016/04/21  
Fecha Venc. 2016/05/21

Paciente: PEDRAZA RAMIREZ ERIKA LILIANA  
Direc : CALLE 185 A BIS # 8C 12

MJIP: 1000573183  
Tel. 320496365 Edad : 14 A

TI 1000573183 Estrato:  
HC:680746 Nivel : A CARNET No 1825729

| CPTO         | DESCRIPCION             | NIT                        | CANTIDAD | VLR UNIT. | TOTAL  | OTRO RESPONS. | A PAGAR |
|--------------|-------------------------|----------------------------|----------|-----------|--------|---------------|---------|
| CENI 1890302 | CONSULTA DE CONTROL O D | 800196433 HOSPITAL SIMON B | 1.00     | 31,800    | 31,800 | 0             | 31,800  |

TOTAL GENERAL DE LOS SERVICIOS:

31,800 0 31,800

AUTO 1601185585

Valor Total Cuenta 31,800  
Descuentos 0  
Abonos 0  
Valor a Pagar 31,800

SON: TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE

Firma de Paciente y/o Responsable C.C. de

Firma de la Institucion

Somos grandes contribuyentes Res.12506-26/12/2002. No efectuar ningun tipo de retencion en la fuente. Entidad no contribuyente. Art.23 del ET.No requiere autorizacion de la DIAN para expedicion de facturas Art.3 Res.3878/96. Somos agentes retenedores de renta. IVA e ICA. La factura se asimila para todos sus efectos legales a una letra de cambio Art.774 del C.C.

Aceptada por Entidad Responsable: Nombre C.C. Fecha de recibido Entidad Responsable

Fec:21/04/2016 Hor:06:26:04 Usu:liquid12 Ter:liquid12 Per:2016/04 C.Cos:S04A Doc-Nro: 5364777

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| HISTORIA CLINICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            | Versión: 5                           |                                           | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E. |                      |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            | SEGU                                 | APELLIDO                                  | NOMBRE                                                                      | No. HISTORIA CLINICA |
| Pedraza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                      | Lamirez                                   | Enzo Liliano                                                                | 1000 573183          |
| EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Años                                       | Meses                                | Día                                       | SEXO                                                                        | FECHA DE INGRESO     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 14                                         |                                      |                                           | X M                                                                         | 21                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                      |                                           | MES                                                                         | AÑO                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                      |                                           | 04                                                                          | 2016                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                      |                                           | HORA                                                                        | 12:13                |
| INFORMACIÓN PREHOSPITALARIA (HORA DE TRAUMA, TRANSPORTE, INGESTA DE ALCOHOL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| INSTITUCIÓN REMITENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            | MÉDICO REMITENTE                     |                                           | MÉDICO CONFIRMANTE                                                          |                      |
| MOTIVO DE CONSULTA "Tien alop en la nariz"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| ENFERMEDAD ACTUAL Paciente con cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en secreción purulenta en fosa nasal derecha, fétida, sin fiebre, sin otra sintomatología asociada.                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| MECANISMO de LESIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| HACP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | HPAF <input type="checkbox"/>              | Carga Única <input type="checkbox"/> | Carga Múltiple <input type="checkbox"/>   | Neumática <input type="checkbox"/>                                          |                      |
| QUEMADURA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Líquido Hirviente <input type="checkbox"/> | Gasolina <input type="checkbox"/>    | Llama <input type="checkbox"/>            | Químicos <input type="checkbox"/>                                           |                      |
| INTOXICACIÓN <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Accidental <input type="checkbox"/>        | Dolosa <input type="checkbox"/>      | Autoinflingida <input type="checkbox"/>   |                                                                             |                      |
| CONTUNDENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>       |                                      | Casco <input type="checkbox"/>            |                                                                             |                      |
| VEHÍCULO AUTOMOTOR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Conductor <input type="checkbox"/>         | Pasajero <input type="checkbox"/>    | Peatón <input type="checkbox"/>           | Cinturón <input type="checkbox"/>                                           |                      |
| CAIDA de ALTURA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Metros                                     |                                      | ONDAS EXPLOSIVAS <input type="checkbox"/> |                                                                             |                      |
| OTROS (CUAL?) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES Perinatales: PN 2700 gr TN 47cm; 38 ss, UMN hipoxia cerebral x 6 días, vaginal, Fruto de 1ª gestación. Patológicas: hipoxia perinatal, sd de Kluver, déficit mental severo, hipocacusia. Hx: no, cx: no. Alérgicos: no Farmacológicos: nspendona 1mg c/12h Fam: niega.                                                                                                                                                     |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| REVISIÓN por SISTEMAS diuresis y deposición (+).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| EXAMEN FÍSICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |
| SIGNOS VITALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            | Tensión Arterial 100 62.             |                                           |                                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            | Pulso 88 min                         |                                           |                                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            | Respiraciones 20 min                 |                                           |                                                                             |                      |
| Peso 27.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            | Talla                                |                                           |                                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            | Perímetro Cefálico 736,5             |                                           |                                                                             |                      |
| Alertable, no establece conexión con el medio, hidratada, mucosa oral húmeda, conjuntivas normocrómicas, fosa nasal derecha secreción purulenta fétida. Vello nasal sin adenopatías palpables. Tórax normoexpansible, RSCs rítmicos, Rls conservados sin sobreagregados, abdomen blando depresible, sin signos de irritación peritoneal, extremidades distales, sin edema, perfusión distal <2 segundos, su. alertable no establece conexión con el examinador. |                                            |                                      |                                           |                                                                             |                      |



Hospital  
Simón Bolívar

## EVOLUCIÓN

Código: GCF-FO-008



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD

Hospital Simón Bolívar  
III Nivel E.S.E.

## GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4

1er. APELLIDO

Pedruzo

2do. APELLIDO

Ramirez

NOMBRES

Enfa Liliana

SERVICIO

Neuropediatría

CAMA

IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ PA. ☒ C.E. ☒ R.C. ☒ NUIP ☒ MS ☒ AS ☒ D ☒

Nº 1000573183

FECHA

HORA

IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico

21/04/16 10:44

Neuropediatría

Paciente femenina de 14 años con diagnóstico

1. Síndrome de Kabuki

2. Déficit mental severo

3. Hipoaacusia

S/ paciente en compañía de la madre quien refiere presenta episodios de angustia, se encuentra agnativa

O/ Paciente alerta con SV=FC=100lpm FR=18rpm

peso: 41kg talla: 1,35m computus normocromicos, mucosa oral húmeda, coriorreflexos sin alteraciones abdomen normal, extremidades eutropicas sin edema neurológico paciente quien obedece órdenes sencillos, establece poco contacto con examinador

Al paciente adolescente quien no responde adecuadamente a manejo con nupendona por lo que se suspende manejo y se continúa con antipsicótico clásico con haloperidol se le solicita ecografía abdominal para descartar alteración renal

Plan:

1. Se inicia Haloperidol 3grtas cada 12 horas

2. Se solicita ecografía abdominal total

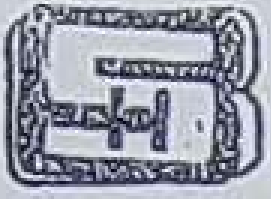
Comienzo

1000573183

ANA L. GARCIA  
PEDIATRA  
REGISTRO MEDICO  
BOGOTÁ

NOTA: EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

NO. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio



Hospital  
Simón Bolívar

## EVOLUCIÓN

Código: GCF-FO-008



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR  
III Nivel E.S.E.

## GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4

1er. APELLIDO

Pedraza

2do. APELLIDO

Ramírez

NOMBRES

Erika

Liliana

SERVICIO

Neuropediatría

CAMA

IDENTIFICACIÓN

C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D

Nº 1000573183

FECHA

HORA

IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico

07/07/16

10:10

Neuropediatría

Dx: ① Síndrome de Rubik

② Deficit mental severo

③ Hipocinesia

Al paciente en compañía de la madre, refiere mayor agitación asociada a cambio de medicamento, por lo cual ella decide volver a administrar Risperidona, con el cual a tenido mejor control de sus impulsos.

Al paciente en excelentes condiciones generales, alerta, con S.O. P=43Kg, T=37cm, FC=98 FR=20

Cr: Exclama anicticas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, sin dolor. Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin sobrealagados. Abdomen blando, no impresión dolor, ruidos intestinales presentes. Extremidades cefálicas, en extensión, adecuada perfusión distal. Neurológicas: Reactiva a estímulos, obedece órdenes sencillos, moviliza a extremidades.

Al paciente en compañía de la madre, refiere no haber podido realizar ecografía abdominal y cambio voluntario de medicamento de Haloperidol a Risperidona por aumento en sintomatología.

Conclusión: Exclama

02/12/16

02L x cuerpo xlen

ANA L. GARCIA ARIAS

PEIATRIA - NEUROLOGIA PEDIATRICA

Registro Médico 359794

C.C. 32609373

MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

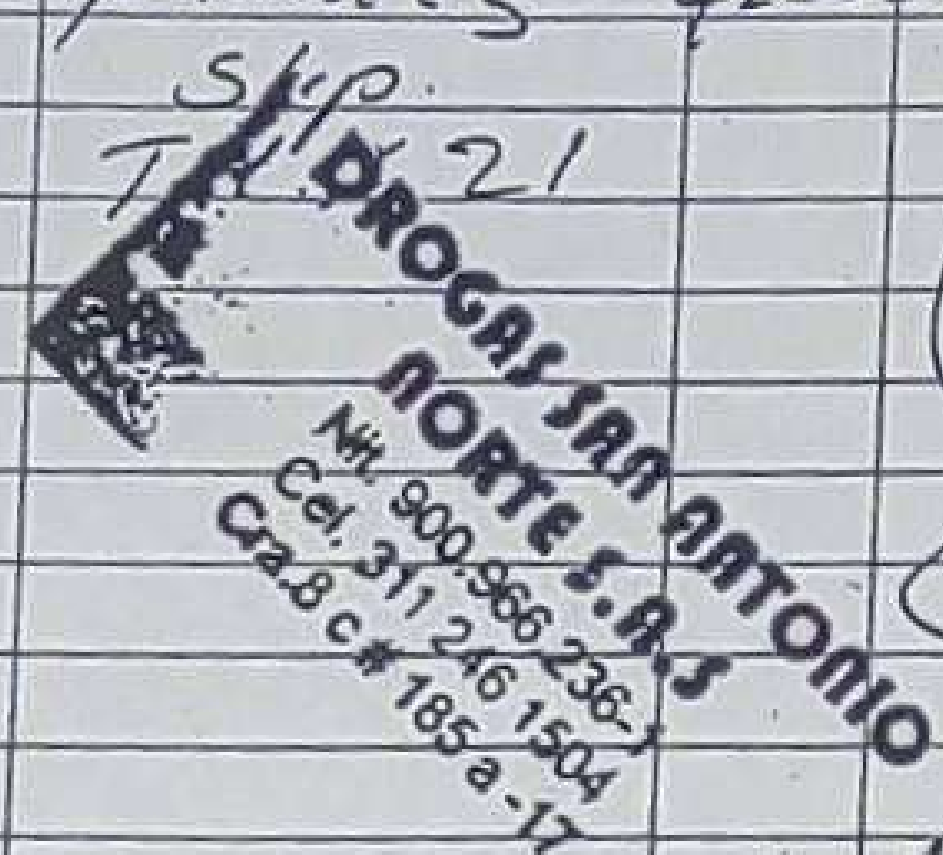
PACIENTES CRÓNICOS

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA  
C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil  
NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncia

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION

No.

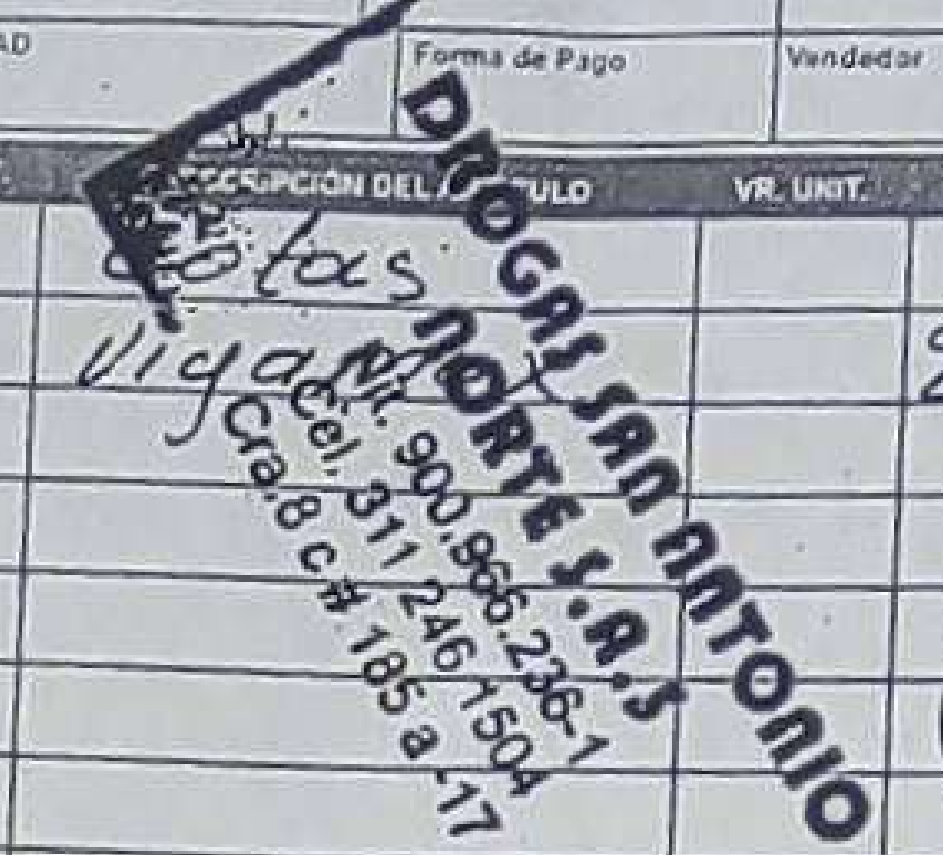
|           |               |          |
|-----------|---------------|----------|
| CLIENTE   | DIA MES AÑO   |          |
| DIRECCION | Telefono      |          |
| CIUDAD    | Forma de Pago | Vendedor |

| CANT.                                                                             | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT.          | VR. TOTAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------|
| 4                                                                                 | panales                  | 42000              | 168000    |
|                                                                                   | Slip.                    |                    |           |
|                                                                                   | T.M.X. 21                |                    |           |
|  |                          |                    |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                     |                          | TOTAL \$ 1.680.000 |           |

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION

No.

|           |               |          |
|-----------|---------------|----------|
| CLIENTE   | DIA MES AÑO   |          |
| DIRECCION | Telefono      |          |
| CIUDAD    | Forma de Pago | Vendedor |

| CANT.                                                                               | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT.      | VR. TOTAL |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-----------|
| 7                                                                                   | botas                    |                | 25000     |
|                                                                                     | Vigam                    |                |           |
|                                                                                     | Cel. 900.966.236-1       |                |           |
|                                                                                     | Cel. 311 246 1504        |                |           |
|                                                                                     | Cra. 8 c # 185 a-17      |                |           |
|  |                          |                |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                       |                          | TOTAL \$ 25000 |           |

DROGUERIAS FARMAPRECIOS N/3  
NIT:80.467.663-9 ALEXANDER CAICEDO  
REG:REGIMEN COMUN  
Dir: CALLE 4 N. 5-02 VILLAPINZON  
Tel:313-289-0065  
FACTURA DE VENTA N. 3- 402301  
FECHA: 31/03/2016 14:40:36

| ARTICULO           | UND. | VALOR   | % |
|--------------------|------|---------|---|
| GENTOOFTAL 0.3 % G | 1.0  | 9500.00 | 0 |

DETALLE DEL IVA  
BASE EXCLUIDO AL 0% 9,500.00  
EXCLUIDO AL 0% 0.00

PARCIAL: 9,500.00  
IVA: 0.00  
TOTAL VENTA 9,500.00

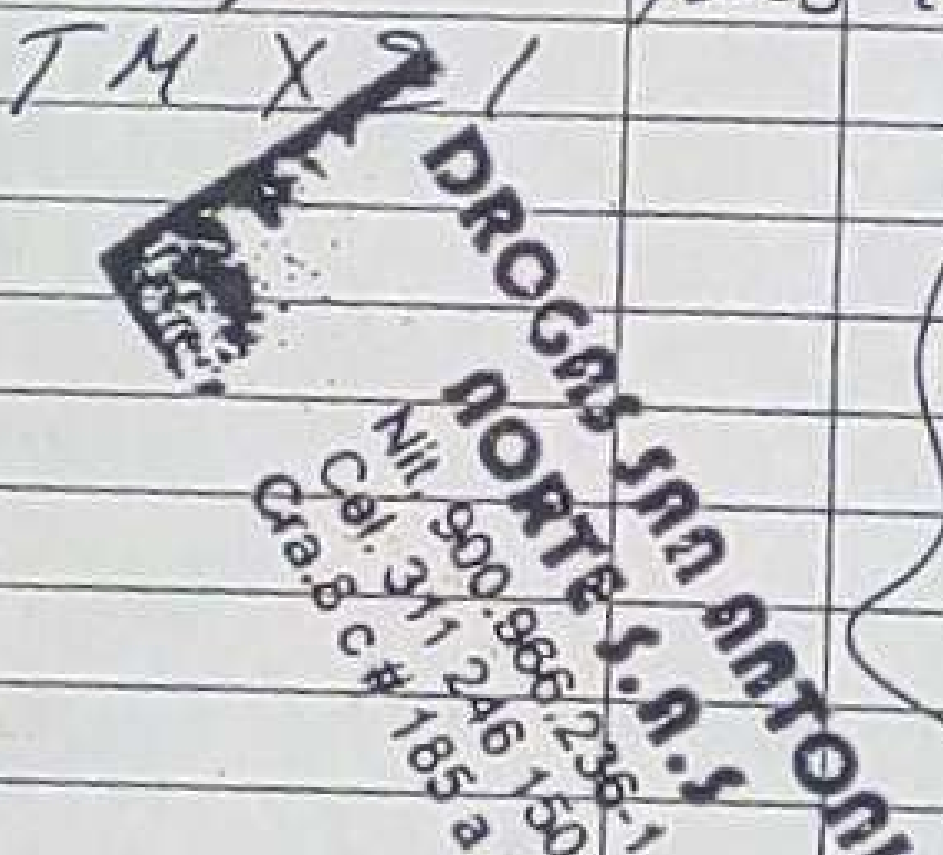
PAGO CON: 10,000.00  
CAMBIO: 500.00

CAJA NUMERO: 01  
NO SONOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
RES DIAN N. 320001352699 DEL 14/01/2016  
RANGO 379525 A 500000  
GRACIAS POR SU COMPRA DIOS LOS BENDIGA

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION

No.

|           |               |          |
|-----------|---------------|----------|
| CLIENTE   | DIA MES AÑO   |          |
| DIRECCION | Telefono      |          |
| CIUDAD    | Forma de Pago | Vendedor |

| CANT.                                                                                 | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT.       | VR. TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| 4                                                                                     | Slip.                    | 42000           | 168000    |
|                                                                                       | T.M.X. 21                |                 |           |
|  |                          |                 |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                         |                          | TOTAL \$ 168000 |           |

## CUENTA DE COBRO



**PEDIDO**



## COTIZACIÓN



## REMISIÓN



|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| MES | DIA | AÑO |
| 01  | 18  | 16  |

CLIENTE

Matha Ramirez

TEL

DIRECCION

[illegible]

Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION

☐  
☐  
☐  
☐

No.

|           |               |          |     |     |
|-----------|---------------|----------|-----|-----|
| CLIENTE   |               | DIA      | MES | AÑO |
|           |               | 3        | 5   | 16  |
| DIRECCION | Teléfono      |          |     |     |
| CUIDAD    | Forma de Pago | Vendedor |     |     |

| CANT.                                                                                                                      | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| 2                                                                                                                          | Risperidona              | 20000     | 40000     |
| <div><b>PROGAS SAN ANTONIO</b><br/>NORTE S.A.S<br/>NIT. 900.966.236-1<br/>Cel. 311 246 1504<br/>Cra. 8 c # 185 a -17</div> |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                                                              |                          | TOTAL \$  | 40000     |

CUENTA DE COBRO

☐

PEDIDO

☐

COTIZACION

☐

REMISION

☐

DIA MES AÑO  
4 8 2016

|            |       |
|------------|-------|
| CLIENTE:   | TEL.: |
| DIRECCION: |       |

| CANT.                                                                                                                      | DESCRIPCION             | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|
| 4                                                                                                                          | pañales<br>Slip TM x 21 | 42500        | 170000    |
| <div><b>PROGAS SAN ANTONIO</b><br/>NORTE S.A.S<br/>NIT. 900.966.236-1<br/>Cel. 311 246 1504<br/>Cra. 8 c # 185 a -17</div> |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
|                                                                                                                            |                         |              |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                                                              |                         | TOTAL \$     | 170000    |

Documento Soporte de Venta Art. 616-2 E.T.

|             |              |
|-------------|--------------|
| RECIBI      | Descuento    |
| NIT. 6 C.C. | TOTAL 170000 |

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION

☐  
☐  
☐  
☐

No.

|           |               |          |     |      |
|-----------|---------------|----------|-----|------|
| CLIENTE   |               | DIA      | MES | AÑO  |
|           |               | 10       | 7   | 2016 |
| DIRECCION | Teléfono      |          |     |      |
| CUIDAD    | Forma de Pago | Vendedor |     |      |

| CANT.                                                                                                                      | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| 4                                                                                                                          | pañales<br>Slip TM x 21  | 42000     | 168000    |
| <div><b>PROGAS SAN ANTONIO</b><br/>NORTE S.A.S<br/>NIT. 900.966.236-1<br/>Cel. 311 246 1504<br/>Cra. 8 c # 185 a -17</div> |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                                                              |                          | TOTAL \$  | 168000    |

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION

☐  
☐  
☐  
☐

No.

|           |               |          |      |
|-----------|---------------|----------|------|
| CLIENTE   | DIA           | MES      | AÑO  |
|           | 09            | 10       | 2016 |
| DIRECCION | Teléfono      |          |      |
| CUIDAD    | Forma de Pago | Vendedor |      |

| CANT.                                                                                                                      | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| 2                                                                                                                          | Risperidona              | 20000     | 40000     |
| 1                                                                                                                          | pañales<br>Slip TM x 21  | 40000     | 40000     |
| <div><b>PROGAS SAN ANTONIO</b><br/>NORTE S.A.S<br/>NIT. 900.966.236-1<br/>Cel. 311 246 1504<br/>Cra. 8 c # 185 a -17</div> |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
|                                                                                                                            |                          |           |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                                                              |                          | TOTAL \$  | 40000     |

[illegible]

Pañalera y Variedades

**SAMI**

Nit: 21.147.821

Calle 4 No. 4-77 Cel: 310 244 65 64

VILLAPINZON CUNDINAMARCA

| No. |     |      |
|-----|-----|------|
| DÍA | MES | AÑO  |
| 14  | 6   | 2016 |

CUENTA DE COBRO ☐ PEDIDO ☐ COTIZACIÓN ☐ REMISIÓN ☐

| CLIENTE       |          |
|---------------|----------|
| DIRECCIÓN     | TELÉFONO |
| CIUDAD        | VENDEDOR |
| FORMA DE PAGO |          |

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO | VA. UNIT. | VA. TOTAL |
|----------|--------------------------|-----------|-----------|
| 1        | Pan winny 5x30           |           | \$24000   |
| 1        | colonia AROMA            |           | \$19800   |

# COL SUBSIDIO PORTAL DEL NORTE

AGENTE RETENEDOR DE IVA\*  
NIT 260 007 336-1

| CONTINIO | DESCRIPCION         | Valor        |
|----------|---------------------|--------------|
| 4100242  | pagel h. FAMILIA an | 5.960 a      |
|          | <b>TOTAL</b>        | <b>5.960</b> |
|          | EFFECTIVO           | 10.000       |
|          | Moneda al Cambio    | 10-          |
|          | <b>CAMBIO</b>       | <b>4.050</b> |

| DISCRIMINACION TARIFAS IVA |                        |                |
|----------------------------|------------------------|----------------|
| IMPUESTO                   | COMPRA                 | BASE/IMP.      |
| 0-10                       | 5.960                  | 5.138          |
|                            | <b>TOTAL IMPUESTOS</b> |                |
|                            | COMPRA                 | BASE/IMP.      |
|                            | 5.960                  | 5.138          |
|                            | <b>TOTAL -</b>         | <b>IMP 862</b> |

AL \$ 1.22000

LS ~~10000~~

FACTURA DE VENTA: 0707 0000525084  
RANGO: 00421083-01000000  
Presol: 310000079034 de Jul 15/2014  
Somos Autorretenedores  
Resolucion 00220 19 enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS = 1  
RENDIDO POR: GILBERTO TOVAR  
07/06/2016 13:39 3500 07 0068 1110178  
ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

COL SUBSIDIO  
CON TODO LO QUE TE MERECE

UNICAS VILLAPINZON

CU 04 - SUCURSAL VILLAPINZON

10 08 16

CUENTA DE COBRO ☐

PEDIDO ☐

REMISION ☐

COTIZACION ☐

SEÑOR(ES):

Hector Ramirez

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

C.C. / NIT:

FORMA DE PAGO:

CANT.

DETALLE

V. UNIT.

V. TOTAL

1 Chongo 77 X 200 11.600

UNICAS VILLAPINZON

CU 04 - SUCURSAL VILLAPINZON

ESTE DOCUMENTO SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, ARTICULO 774 DEL CODIGO DEL COMERCIO

TOTAL \$ ⇨

Scanned by TapScanner

# COORATIENDAS 451

SANCHEZ CORDOBA S A S  
NIT # 900600935-0

CRA. 5 N. 3-27 TEL: 3132306221/3006095591

FACTURA DE VENTA No: 03-0155838

FECHA DD/MM/YY: 03/09/2016

CLIENTE: OCACIONAL

CAJA: 03 CAJERO: YMR HORA: 16:56:44

| NOMBRE/ARTICULO            | CANT. | V/TOTAL |
|----------------------------|-------|---------|
| P.H FAMILIA 3EN1 X1R       | 1.000 | \$1,600 |
| COLOREY EL REY X24S        | 1.000 | \$1,250 |
| GALLETA TIPO LECHEX21PACKS | 1.000 | \$2,800 |
| TOTAL FRA :                |       | \$5,650 |
| EFECTIVO                   |       | \$5,650 |
| SU CAMBIO :                |       | \$0     |

EXENTOS : \$0  
EXCLUIDOS: \$0  
BASE 16% \$4.870 IVA: \$779  
BASE 5% \$0 IVA: \$0  
NUMERO DE ARTICULOS: 3

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN

R.DIAN FACTURACION POS 320001259264 DE 15/04/2015  
PREFIJO 01,02,03,04,05,06,07,08 DEL NUMERO 1 HASTA  
EL NUMERO 1000000.REVISE BIEN SU CAMBIO AL SALIR.

NO SE ACEPTAN RECLAMOS POSTERIORES

GRACIAS POR SU COMPRA

PUNTOS ACUMULADOS: \*\*\*\*

PUNTOS FACTURA : 2

¡EXIJA SU FACTURA!

# COORATIENDAS 451

SANCHEZ CORDOBA S A S  
NIT # 900600935-0

CRA. 5 N. 3-27 TEL: 3132306221/3006095591

FACTURA DE VENTA No: 03-0155837

FECHA DD/MM/YY: 03/09/2016

CLIENTE: OCACIONAL

CAJA: 03 CAJERO: YMR HORA: 16:56:29

| NOMBRE/ARTICULO              | CANT. | V/TOTAL |
|------------------------------|-------|---------|
| SUPER CALADITOS S.CLARAX340g | 3.000 | \$9,900 |
| TOTAL FRA :                  |       | \$9,900 |
| EFECTIVO                     |       | \$9,900 |
| SU CAMBIO :                  |       | \$0     |

EXENTOS : \$9,900  
EXCLUIDOS: \$0  
BASE 16% \$0 IVA: \$0  
BASE 5% \$0 IVA: \$0  
NUMERO DE ARTICULOS: 3

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN

R.DIAN FACTURACION POS 320001259264 DE 15/04/2015  
PREFIJO 01,02,03,04,05,06,07,08 DEL NUMERO 1 HASTA  
EL NUMERO 1000000.REVISE BIEN SU CAMBIO AL SALIR.

NO SE ACEPTAN RECLAMOS POSTERIORES

GRACIAS POR SU COMPRA

PUNTOS ACUMULADOS: \*\*\*\*

PUNTOS FACTURA : 3

¡EXIJA SU FACTURA!

## Pañalera y Variedades SAMI

Nit: 21.147.821

Jaffé 4 No. 4-77 Cel: 310 244 65 64  
VILLAPINZON CUNDINAMARCA

CUENTA DE COBRO

PEDIDO

## COTIZACIÓN

## REMISIÓN

NES

DIA

AÑO

05

16.

CLIENTE

TEL

Manlio Romero

DIRECCION

[illegible]

TOTAL \$

\$ 94000

Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 74 del Código de Comercio

## Pañalera y Variedades

Nit: 21.147.821

Calle 4 No. 4-77 Cel: 310 244 65 64  
 VILLAPINZON CUNDINAMARCA

## CUENTA DE COBRO

**PEDIDO**

## COTIZACIÓN

## REVISIÓN

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| MES | DIA | AÑO |
| 09  | 03  | 16  |

CLIENTE

Martha Ramirez

TEL

DIRECCION

| CANT.   | DESCRIPCION      | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|------------------|--------------|-----------|
| 3       | Pan winny e15x30 | 23500        | 70.500    |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
| RECIBI. |                  | TOTAL \$     | 70.500    |

Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio

**COMPROBANTE  
DE VENTA**

No.

| DIA | MES | AÑO  |
|-----|-----|------|
| 29  | 0   | 2016 |

|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| CLIENTE: _____   | Nit: <input type="checkbox"/>       |
| DIRECCION: _____ | C.C. <input type="checkbox"/> _____ |
| VENDEDOR: _____  | TEL: _____                          |

[illegible]

DROG FARMA OTONO  
SUCURSAL 1  
CASTILLO LOZANO ANDRES EDUARDO  
CL 188 # 11-58(B VERBENA  
NIT 1072652743-4 Regimen Común  
Tel. 5102101

FACTURA DE VENTA No.: 5564

Autonización numeración según resolución  
n No 18762000347754 Sep 2 2016 del 1  
al 10000

## MOSTRADOR

| Fecha                                 | Hora  | Cajero      | Vendedor |
|---------------------------------------|-------|-------------|----------|
| 17/10/2016                            | 12:29 | 0 ADMIN     | 1 VFENDE |
| TOA HUMEDAS ACOLCHADAS ARRURU 100 LDS |       |             |          |
| 200022791                             |       | 1 C S E.200 | A        |
| FLUIMUCIL 100 MG 30 SBS               |       |             |          |
| 100008221                             |       | 3 U S 3100  |          |

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Sub Total            | \$ 11,200        |
| Descuento            | \$ 0             |
| <b>Total Factura</b> | <b>\$ 11,200</b> |
| Valor Recibido       | \$ 11,200        |
| Cambio               | \$ 0             |
| Exento               | \$ 0             |
| Excluido             | \$ 3,600         |
| No Gravado           | \$ 0             |
| Gravado              | \$ 7,609         |

A Base 16ºS \$ 7 069 Iva \$ 1 13

|              |          |           |
|--------------|----------|-----------|
| Tipo de Pago | electivo | \$ 11 200 |
|--------------|----------|-----------|

Caja USUARIO PC

**DROGUERIA SANTA FE NORTE**  
 Cardio Verbenal  
 EDGAR APARICIO HIGUERA  
 CALLE 188- # 14-07 BARRI  
 NIT 80504239-8 Régimen Comun  
 Tel 6707314 6773080

FACTURA DE VENTA No.: 294496

Autorización numeración según resolución  
n° No 320001311319 Sep 10 2015 del 200  
001 al 500000

## MOSTRADOR

| Fecha                                                 | Hora  | Cajero   | Vendedor |
|-------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
| 20/10/2016                                            | 10:27 | JORGE    | 033-JOR  |
| DTE LADY S S T A L C P R A C R E M A 30 P G 6 L L 6   |       |          |          |
| 200-32664                                             | 1 U   | \$ 2.600 |          |
| DTE BALANCE MINI C R E C L I N I C A L W O M E N 40GR |       |          |          |
| 200026656                                             | 1 C   | \$ 3.400 |          |

|                |          |
|----------------|----------|
| Sub Total      | \$ 6 000 |
| Descuento      | \$ 0     |
| Total Factura  | \$ 6 000 |
| Valor Recibido | \$ 6 000 |
| Cambio         | \$ 0     |
| Exento         | \$ 0     |
| Excluido       | \$ 0     |
| No Gravado     | \$ 0     |
| Gravado        | \$ 5 172 |

Base 16% \$5 172 Iva \$828

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Tipo de Pago | efectivo: \$6.000 |
|--------------|-------------------|

GRACIAS POR ELEJIRNOS

Cajal (Caja Santa Fe)

811 # 800000335 0  
 23. Tr: 113.806221/1000055591  
 ER18 No: 03-0180330  
 Cr: 12/10/2016  
 CIT0004  
 CRD: LFS-00009: 10:30:29



**Servicio a Domicilio e Inyección**  
DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS, PRECIOS ESPECIALES  
EN LECHES Y PAÑALES, PROMOCIONES PERMANENTES  
OFERTAS 2x1 - TOMA DE TENSIÓN

## REMISION

No 5220

FECHA: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
SEÑOR: Marta Lopez CASA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

[illegible]

CUENTA DE DEPÓSITO

PEDIDO

COTIZACIÓN

REPRESENTO

| MES | DIA | ANO |
|-----|-----|-----|
| 10  | 01  | 16  |

|                |     |
|----------------|-----|
| CLIENTE        | TEL |
| Martha Ramirez |     |
| DIRECCION      |     |
| Panadero Sami  |     |

[illegible]

TOTAL \$ 94000

| CANT.                               | ARTICULOS    | V. Unidos | VALOR TOTAL    |
|-------------------------------------|--------------|-----------|----------------|
| 2                                   | Frascos de   |           |                |
|                                     | Gobos porzol |           | 70.000         |
| <b>Trocas San Antonio del Norte</b> |              |           |                |
| Nit. 11405306-8                     |              |           |                |
| Tel 4931820                         |              |           |                |
| > r h 195 Δ 17                      |              |           |                |
| <b>TOTALS</b>                       |              |           | <b>140000-</b> |

*Scanned by TapScanner*



Av. Carrera 15 N° 104 - 76 Of. 402 - Bogotá - Colombia  
Tel. 400 61 53 - Telefax. 629 6758 - Móvil 318 707 0139  
info@distribucionesocular.com - www.distribucionesocular.com

ORDEN DE PEDIDO  
Nº 5642

FECHA  
30 11 16

CUENTA DE CORRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION

No.

|           |               |          |        |
|-----------|---------------|----------|--------|
| CUENTE    | DIA 5         | MESES 12 | AÑO 16 |
| DIRECCION | Teléfono      |          |        |
| CIUDAD    | Forma de Pago | Vendedor |        |

Señor (a): ERIKA PEORAZA C.C. Nit.  
Entidad: ORA. LUCIA MONCADA LOA Orden de pedido:  
Dirección: Teléfono:  
Ciudad: BOGOTA Forma de pago: CONTADO

| CANT.                                                                                                 | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| 4                                                                                                     | Pañales Tena Slip TMx21  | 41000     | 164000    |
| DROGAS SAN ANTONIO<br>NORTE S.A.S.<br>Nit. 900.966.236-1<br>Cel. 311 246 1504<br>Cra. 8 c # 185 a -17 |                          |           |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                                         |                          | TOTAL     | 164000    |

| MEDICACIONES MAGISTRALES                                            | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Bevacizumab 2 mg.                          |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Carboximetilcelulosa 0.5%                  |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporina al 1%                         |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporina al 2%                         |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Fluconazol Colirio por 5 ml.               |          |                |             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mitomicina Fco. Ampolla x 1 mg. | 1        | 45.000 =       | 45.000 =    |
| <input type="checkbox"/> Respyvit x 30 cápsulas.                    |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Respyvit x 60 cápsulas.                    |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> R-armony x 30 cápsulas.                    |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> R-armony x 60 cápsulas.                    |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> R-armony crema gel.                        |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Venfit x 30 cápsulas.                      |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Venfit x 60 cápsulas.                      |          |                |             |
| <input type="checkbox"/> Venfit crema 120gr.                        |          |                |             |

Cuenta de ahorros Davivienda N° 45760002255-4

Observaciones:

CUARENTA Y CINCO MIL  
PEJOS MILTE

ANOREA 6

Firma Vendedor

SUB-TOTAL \$ 45.000 =  
TRANSPORTE \$ —  
DESCUENTO \$ —  
IVA \$ —  
TOTAL \$ 45.000 =

Firma Cliente



*Scanned by TapScanner*

0707106

CLIENTE: \_\_\_\_\_ Nit: ☐

DIRECCION: \_\_\_\_\_ C.C. ☐ \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_

VENDEDOR: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

[illegible]



**Calle 188 No. 15 - 78**  
**Tels.: 527 0112**  
**673 2741 - 671 2394**

**Calle 188 No. 15 - 78**  
**Tels.: 527 0112**  
**673 2741 - 671 2394**

**Servicio a Domicilio e Inyectología**

DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS, PRECIOS ESPECIALES  
EN LECHES Y PAÑALES PROMOCIONES PERMANENTES  
OFERTAS 2X1 - TOMA DE TENSIÓN

## REMISION

№ 7012

FECHA: Julio 14/11 TEL: \_\_\_\_\_  
SEÑOR: Martha Ruiz CASA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

FECHA: Julio 14/11 TEL: \_\_\_\_\_  
SEÑOR: Martha Ruiz CASA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

[illegible]

|          |         |
|----------|---------|
| TOTAL \$ | 27.5000 |
|----------|---------|

FIRMA COMPRADOR

**CUENTA DE COBRO**  
**PEDIDO**  
**COTIZACIÓN**  
**REMISIÓN**

No.

|           |                       |  |          |    |     |
|-----------|-----------------------|--|----------|----|-----|
| CLIENTE   | Martha Ramirez        |  | 14       | 12 | 16. |
| DIRECCION | Calle S. No - 3 - 44. |  | Teléfono |    |     |
| CIUDAD    | Forma de Pago         |  | Vendedor |    |     |

| CANT. | DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|-------|--------------------------|-----------|-----------|
| 4     | paños pañal x36          | 22800     | 91.200    |

cc-52622651

|       |           |
|-------|-----------|
| TOTAL | \$ 91.200 |
|-------|-----------|

tel: 856 2589 - 856 718 0000

|            |        |       |
|------------|--------|-------|
| 1077149262 | TOTALS | 94000 |
|------------|--------|-------|



*Scanned by TapScanner*

Pharm-Plus

35410102

ERG 2000 Fondo

Factura de venta

FP167673

16/09/2017 09:36:56 AM

Nombre

Nombre: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

Apellido: PEDRAZA RAMIREZ

Identificación

Identificación: 1000573183

Edad

Edad: 16 a 5 m 11

Teléfono

Teléfono: 3112461504

Valor 69,210

TOTAL: 69,210

INSTITUCION

Sede: CALLE 77

Dirección: CALLE 77

Fecha: 05 octubre de 2017

Factura de venta: E52-0

Facturado por: WILMAR LEON

Paciente

ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

TI 1000573183 Edad: 16 a 5 m 11

Tel. 3112461504

Convenio

Nit. 111111111-0

PARTICULAR

Nombre del examen

Cantidad Subtotal Descuento Total

E001 ELECTROCARDIOGRAMA

1 25.000 0 25.000

1 25.000 0 25.000

Total factura => \$ 25.000

FORMA DE PAGO

Efectivo = \$ 30.000

Cambio = \$ 5.000

ACTIVIDAD ECONOMICA I.C.A. 8514

EXCLUIDOS DEL IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

RES. 014047 23/12/2009

NUMERACION AUTORIZADA SEGUN RESOLUCION

310000094444 DEL 29/06/2016 DIAN

DEL 350801 AL 900000

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio, Art. 774 del Código de Comercio.

\* PORQUE SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA \*

\* NERECEN TODA NUESTRA ATENCION \*

Equipo:

NIT

ACTIVIDAD ECONOMICA I.C.A. 8514

RES. 014047 23/12/2009

0

10.000

10.000

CAJA

10.000

10.000

10.000

1 Suprasure Kids  
Tigra  
Dair Guedes

6 9 2017

Martha Ramirez

ARTICULOS Vr. Unitario VALOR TOTAL

Frascos de gotas 70.000

Porzol

DROGAS SAN ANTONIO

NORTE S.A.S

Nit. 900.966.236-1

Cel. 311-246 1504

Cra. 8 c# 185 a-17

TOTAL \$ 140.000

Vendedor

VR. UNIT. VR. TOTAL

25.000 98.000

2017

COMPROBANTE DE VENTA  
3 6 2017  
D M A

VENDIDO A: Martha Ramirez

DIRECCION: CIUDAD:

CANT. ARTICULO VALOR TOTAL

2 Frascos de Gotas 70.000

Porzol

DROGAS SAN ANTONIO

NORTE S.A.S

Nit. 900.966.236-1

TI 4931820

Cra. 8 C # 135 A 17

TOTAL \$ 140.000

Firma:

UTOPENA

DIRECCION

CANT. ARTICULOS Vr. Unitario VALOR TOTAL

pollo 20.000

TOTAL \$ 20.000



| CANT.                                                                                                                                             | ARTICULO        | VALOR TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| 1                                                                                                                                                 | Frasco de Gofas | 75.000      |
| <p><b>DROGAS</b><br/> <b>SAN ANTONIO</b><br/>           Nte. 900.966.236-1<br/>           Cel. 311 246 1504<br/>           Cra. 8 c# 165 a-17</p> |                 |             |
| TOTAL                                                                                                                                             |                 | 75.000      |

[illegible]Firma: \_\_\_\_\_

**LIT OVERLA**

DROGUERIA SANTA FE NORTE  
 Calle 145 # 10  
 BARRIO LA VIGUERA  
 CANTON DE LA VIGUERA  
 NIT 800230000  
 Regimen General  
 01/01/2000

505362

000001 al 800999  
00001870200475.005 Sep 9 2017 del 3

MOSIRADOR

| Fecha                 | Hora  | Cajero | Vendedor      |
|-----------------------|-------|--------|---------------|
| 05/10/2017            | 21:04 | BJORGE | 033-JOR       |
| VIREX ORDENENTO 15 GR |       |        |               |
| CANTIDAD              |       |        | 1 C \$ 29.100 |

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Sub Total            | \$ 29,100        |
| Descuento            | \$ 0             |
| <b>Total Factura</b> | <b>\$ 29,100</b> |
| Valor Recibido       | \$ 50,100        |
| <u>CamBio</u>        | <u>\$ 21,000</u> |
| Exento               | \$ 0             |
| Excluido             | \$ 29,100        |
| No Gravado           | \$ 0             |
| Gravado              | \$ 0             |

|             |          |          |
|-------------|----------|----------|
| Fin de Pago | efectivo | \$29 100 |
|-------------|----------|----------|

GRACIAS POR ELEJERNOS

Caja Caja-Santafe

## AUTOSERVICIO ALGOMERKAR LTDA.

NIT 850076285-1

REGIMEN COMUN

TELEFONO: 6741493

FACTURA DE VENTA No. 51126062

Fecha: 23/10/2017

CLIENTE OCASIONAL

CAJA: 01 CAJERO: LON HORA: 19:41:28

| ARTIGO    | NOMBRE                  | CANT  | V/TOTAL |
|-----------|-------------------------|-------|---------|
| 0199      | YOGURT LOLANTA+150 VASO | 1.000 | \$1.350 |
| 01        | CHIRICHOS S. RICAS+UNI  | 1.000 | \$300   |
| 01        | GELATINA INTERIDAY+90   | 1.000 | \$600   |
| TOTAL FRA |                         |       | \$2.250 |
| EFFECTIVO |                         |       | \$2.250 |
| SU CAMBIO |                         |       | \$0     |

DESCUENTO: \$0

RENTOS: \$0

RELACIONES: \$0

ISE 5% \$0 IVA: \$0

ISE 19% \$1.890 IVA: \$359

PUERTO AL CONSUMO DOLSA: \$0

NTOS FACTURA: 2

NTOS ACUMULADOS: 233350

POI COMPRA ACUMULABLES \$ 100.000 PARTICIPA  
EL GRAN ANIVERSARIO BINGO 2017  
EL 19 DE AGOSTO AL 11 DE NOVIEMBRE DEL 2017

DROGUERIA SANTA FE NORTE  
Cajero Verbenal  
EDGAR APARICIO HIGUERA  
CALLE 188 N. 15-78 BARRI  
NIT 80504238-8 Regimen Comun  
Tel 6707314 6773080

FACTURA DE VENTA No. 51126062

Fecha: 23/10/2017  
Hora: 19:41:28  
Cajero: LON  
NIT 80504238-8

Mostrador  
Fecha: 23/10/2017  
Hora: 19:41:28  
Cajero: LON  
NIT 80504238-8

|                |          |
|----------------|----------|
| Sub Total      |          |
| Descuento      |          |
| Total Factura  |          |
| Valor Recibido |          |
| Cambio         | \$ 100   |
| Exento         | \$ 0     |
| Excluido       | \$ 0     |
| No Gravado     | \$ 0     |
| Gravado        | \$ 1.521 |

COL SUBSIDIO  
SANTA FE #2

AGENTE RETENEDOR DE IVA  
NIT 860 007 336-1

| ARTIGO       | Descripción        | Valor    |
|--------------|--------------------|----------|
| 0503         | VIGAMOX SOL OFT 5M | 72.750 F |
| TOTAL --> \$ |                    | 72.750   |
| EFFECTIVO    |                    | 74.000   |

Base Descuento MAGI 72.750  
CAMBIO 1.250

NUMERO DE BOLSAS

| DISCRIMINACION | TARIFAS  | IVA |
|----------------|----------|-----|
| COMPRA         | BASE/IMP | IVA |
| 72.750         | 72.750   |     |

| TOTAL IMPUESTOS | COMPRA | BASE/IMP | IMP |
|-----------------|--------|----------|-----|
| 72.750          | 72.750 |          | 0   |

## LUTS ALBERTO GIMQUE CASCAVITA

DROGUERIA DIANA PAOLA

NIT: 9956974-4

CALLE 188 N. 15 - 78

Telefono: 5270112 - 6712394

FACTURA DE VENTA No.: 0009856

Fecha: 10/24/2017 Hora: 20:08

Cajero: caja01 Caja: 01

Vendedores: 02 NIDIA JIMENEZ

| Codigo | Articulo       | IV | Cant | Total  |
|--------|----------------|----|------|--------|
| 01419  | TENA BASI 13 U |    | 1    | 15.500 |

| IVA X | VR.BASI | VR IVA | TOTAL  |
|-------|---------|--------|--------|
| 19.00 | 13.020  | 2.475  | 15.500 |

| ITEMS: | 1.01 EFFECTIVO | \$ | 15.500 |
|--------|----------------|----|--------|
|        | CAMBIO         | \$ | 0      |

IVA-REGIMEN XXXXX RESOLUCION  
CL 00000000 DE 0000/00/00  
AUTORIZACION DE FACTURACION  
DEL 0000001 AL 1000000

Software: TECNOLOGIA NIT: 900364130-6  
Tel: 14-3135095 Bogota-Colombia

## KOBIA COLOMBIA S.A.

NIT: 900276962-1

Somos Grandes Contribuyentes  
Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la  
Resolucion No. 000076 de Dic. 01 de 2016  
CL. 188 N. 15 - 78 BOG Tel: 254 10 50  
DOMIC. PPAL VIA CANAVITA PQE INDUSTRIAL  
Y LOGISTICO DEL NORTE PO EL ANTOJO  
TOCANCIPA Tel: 018000120201

DI  
CALIDAD ALTA  
A PRECIOS MUY BAJOS

|               |                 |        |
|---------------|-----------------|--------|
| 101300201556P | TOALLITAS HUMED | 3950 A |
| 101400301346  | YOGURT FRESA VA | 800 A  |
| SUFICIENTE    |                 | 4750   |

|           |      |
|-----------|------|
| TOTAL     | 4750 |
| EFFECTIVO | 5000 |
| CAMBIO    | 250  |

ARTICULOS COMPRADOS: 2

| IVA | TARIFA | BASI | VALOR |
|-----|--------|------|-------|
| 19% | 3992   |      | 758   |

GRACIAS POR SU COMPRA  
SOFTWARE ELABORADO POR WINCOR NIXDORE  
SL 40102 Rg:1 Caj5253117 Tr49667  
AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION  
18/62003926558 DEL 2017-07-07  
F481 DESDE 1 HASTA 166666  
FACTURA DE VENTA F481 040732  
06:58 PM 24/10/2017

## DROGUERIA SANTA FE NORTE

Cajero Verbenal

EDGAR APARICIO HIGUERA

CALLE 188 N. 15-78 BARRI

NIT 80504238-8 Regimen Comun

Tel 6707314 6773080

FACTURA DE VENTA No.: 500570

Autorizacion numeracion segun resolucio  
No 1876 004752695 Sep 9 2017 del 5  
00001 al 800000

## MOSTRADOR

| Hora  | Cajero  | Vendedor |
|-------|---------|----------|
| 18:55 | 0 EDGAR | 033-JOR  |

PANELERIA SLIP TALLA M 1 UNIDAD  
200026280 1 C \$ 2.600

|                |          |
|----------------|----------|
| Sub Total      | \$ 2.600 |
| Descuento      | \$ 0     |
| Total Factura  | \$ 2.600 |
| Valor Recibido | \$ 20.00 |
| Cambio         | \$ 17.40 |
| Exento         | \$ 0     |
| Excluido       | \$ 0     |
| No Gravado     | \$ 0     |
| Gravado        | \$ 2.18  |

IVA \$2.185

\$2.600

## KOBIA COLOMBIA S.A.

NIT: 900276962-1

Somos Grandes Contribuyentes  
Somos Retenedores de IVA de acuerdo a la  
Resolucion No. 000076 de Dic. 01 de 2016  
CL. 188 N. 15 - 78 BOG Tel: 254 10 50  
DOMIC. PPAL VIA CANAVITA PQE INDUSTRIAL  
Y LOGISTICO DEL NORTE PO EL ANTOJO  
TOCANCIPA Tel: 018000120201

DI  
CALIDAD ALTA  
A PRECIOS MUY BAJOS

|                 |      |
|-----------------|------|
| TOALLITAS HUMED | 3950 |
| YOGURT FRESA VA | 800  |
|                 | 4750 |

|           |       |
|-----------|-------|
| TOTAL     | 4750  |
| EFFECTIVO | 20000 |
| CAMBIO    | 15250 |

| ARTICULOS | COMPRADOS | 2   |
|-----------|-----------|-----|
| BASI      | VALOR     |     |
| 3992      |           | 758 |

GRACIAS POR SU COMPRA  
SOFTWARE ELABORADO POR WINCOR NIXDORE  
SL 40102 Rg:1 Caj5253117 Tr49667  
AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION  
18/62003926558 DEL 2017-07-07  
F481 DESDE 1 HASTA 166666  
FACTURA DE VENTA F481 040732  
06:58 PM 24/10/2017

F482 DESDE 1 HASTA 166666  
FACTURA DE VENTA F482 022021  
08:17 PM 20/10/2017

DROG FARMATON  
SUCURSAL 1  
CASTILLO LOZANO ANDRES EDUARDO  
CL 188 # 11-58(B VERBENA  
NIT 1072652743-4 Régimen Comun  
Tel 6702604

FACTURA DE VENTA No.: 4545 5166

Autorización numeración según resolución  
n No 5454 Ago 17 2009 del 4545 0 al 45  
45 99999999

**MOSTRADOR**

Fecha Hora Cajero Vendedor  
11/11/2017 18.17 0 ADMIN 01 JOSE  
TUKOL D JABE  
650240029141 1 C S 15.200

|                |           |
|----------------|-----------|
| Sub Total      | \$ 15.200 |
| Descuento      | \$ 0      |
| Total Factura  | \$ 15.200 |
| Valor Recibido | \$ 20.000 |
| Cambio         | \$ 4.800  |
| Exento         | \$ 15.200 |
| Excluido       | \$ 0      |
| No Gravado     | \$ 0      |
| Gravado        | \$ 0      |

Tipo de Pago efectivo: \$ 15.200

Caja EQUIPO-PC

DRUG STORE  
CALLE 188 # 11-58  
NIT 1072652743-4  
Tel 6702604

FACTURA DE VENTA No.: 4545 5166

Sub Total \$ 15.200  
Descuento \$ 0  
Total Factura \$ 15.200  
Valor Recibido \$ 20.000  
Cambio \$ 4.800

Exento \$ 15.200  
Excluido \$ 0  
No Gravado \$ 0  
Gravado \$ 0

LA REGIÓN DE LA SALUD  
COLOMBIANA DE 0003/1/00  
AUTORIZACION DE FACTURAS  
DEL 0001 AL 0000

THAT TECHNOLOGY FOR SAT  
117031414 313509238 60001

DROGUERIA SANTA FE NORTE  
Calle Verbenal  
CALLE 188 # 11-58  
NIT 1072652743-4 Régimen Comun  
Tel 6702604

FACTURA DE VENTA No.: 513685

Autorización numeración según resolución  
No 18782004752695 Sep 9 2017 del 5  
00001 al 800000

**MOSTRADOR**

Fecha Hora Cajero Vendedor  
12/11/2017 10.34 8 JORGE 011 EDG  
CREMA DENTAL COLGATE JUNIOR BARBIE 76 GR  
200006431 1 C \$ 6.400 A

|                |           |
|----------------|-----------|
| Sub Total      | \$ 6.400  |
| Descuento      | \$ 0      |
| Total Factura  | \$ 6.400  |
| Valor Recibido | \$ 10.000 |
| Cambio         | \$ 3.600  |
| Exento         | \$ 0      |
| Excluido       | \$ 0      |
| No Gravado     | \$ 0      |
| Gravado        | \$ 5.378  |

A.Base 19% \$5.378 Iva \$1.022

Tipo de Pago efectivo: \$6.400

GRACIAS POR ELEJIRNOS

Caja CAJA-SANTAFE

INVERCOMUNAL SAS NIT830075637-  
4 REG. COMUN CIUD ICA 5211 TAR  
4.14X1000 FAC POS KR16 186C 07  
ATENCION CLIENTE 6795804

Fecha: 2017/11/12  
Caja : 004-01  
Consec. #: 266507  
Factura de Venta #: V 717874  
Hora : 4:13 p  
Vendedor : 0404 OSCAR JAVIER PLAZA ALVARO  
Cond.Pago: CONTADO

| Item                       | Descripcion             | UM    | Total   |
|----------------------------|-------------------------|-------|---------|
| 011842                     | CEFALEXINA 250MG SUS FC | 4950  | P       |
| I D T A L                  |                         |       | \$4,950 |
| [ INFORMACION TRIBUTARIA ] |                         |       |         |
| Vta Excluida               |                         | 5,500 |         |
| Dcto Promocion (P)         |                         | 550   |         |

Numero de Articulos: 1  
Efectivo \$4,950

Resol. No. 18762000205221 22/AGO/2016  
Factura : V 600000 al V 999999.

PLAZO MAXIMO DEVOLUCION  
DIAS CALENDARIO NO SE APLICA  
\*\*DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS\*\*  
TEL DROGUERIA 6743913

2017

*Scanned by TapScanner*

207

*Scanned by TapScanner*

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: TI 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 15 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPSS<br>ENTIDAD<br>PROMOTORA DE<br>SALUD DEL |

**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: 29/03/2017 10:29 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR  
Nota de Ingreso Consulta Externa - Tratante - OTORRINOLARINGOLOGIA

Identificador de rol: Tratante Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta, Enfermedad Actual: PACIENTE DE 15 AÑOS CONOCIDA POR EL SERVICIO CON ANTECEDENTE DE HIPOXIA PERINATAL CON DEFICIT INTELECTUAL SEVERO. QUIEN CONSULTA POR RINORRUA UNILATERAL DE FOSA DERECHA DESDE HACE UN MES, ANTECEDENTE DE PREVIO OBJETO EXTRAÑO EN FOSA NASAL EXTRAÍDO POR URGENCIAS, ACOMPAÑANTE DE RESULTADOS NUEVOS

Examen Físico:  
Cabeza

hallazgo: CUERPO EXTRAÑO EN FOSA NASAL DERECHA, SE REALIZA EXTRACCIÓN SIN COMPLICACION

Diagnósticos activos después de la nota: CUERPO EXTRAÑO EN EL ORIFICIO NASAL.

Plan de Manejo: PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR RINORRUA UNILATERAL EN FOSA DERECHA DE 1 MES DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA CUERPO EXTRAÑO EN FOSA NASAL DERECHA EL CUAL SE HACE EXTRACCIÓN SIN COMPLICACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE ASEO NASAL.

Firmado Por: FELIX HERNANDO BECERRA CAMARGO, OTORRINOLARINGOLOGIA, Registro 7227149, CC 7227149

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR  
E.S.E.  
Dr. Félix Becerra Camargo  
Otorrinolaringólogo  
RM 7227149 / 3408

Firmado electrónicamente

Documento impreso el día 29/03/2017 10:39:44

ALMACEN  
DE CONSUMO  
NIT # 21101287-7  
FACTURA DE VENTA  
REGIMEN COMUN  
CALLE 4 # 4-25  
TEL # 8565289  
17-03-17 #242706  
COLG.N.P 6.300  
3X 2.750 @  
TOST.INT 8.250  
TOST.X24 3.400  
LACTEOS 5.400 II  
SUETL 23.350  
VTGR19 5.400  
IVA19% 862  
EFECTIVO 23.350

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION  
ENTE: Martha Ramirez TEL:  
ECCION:

DIA MES AÑO  
5 1 2017

| NT.                                                                                               | DESCRIPCION           | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|-----------|
|                                                                                                   | Pañales Slip.<br>Mx21 | 45000        | 180.000   |
| DROGAS SAN ANTONIO<br>NORTE S.A.S<br>Nit. 900.966.236-1<br>Cel. 311 246 1504<br>Cra.8 c# 185 a-17 |                       |              |           |

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION  
ENTE: Martha Ramirez TEL:  
ECCION:

DIA MES AÑO  
10 3 2017

| NT.                                                                                               | DESCRIPCION             | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|
|                                                                                                   | pañales slip.<br>TMx 21 | 45000        |           |
| DROGAS SAN ANTONIO<br>NORTE S.A.S<br>Nit. 900.966.236-1<br>Cel. 311 246 1504<br>Cra.8 c# 185 a-17 |                         |              |           |
| Documento Soporte de Venta Art. 616-2 E.T.                                                        |                         | Descuento    |           |
| CIBI                                                                                              |                         | TOTAL        | 180000    |
| 6.C.C.                                                                                            |                         |              |           |

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION  
CLIENTE: Martha Ramirez TEL:  
DIRECCION:

DIA MES AÑO  
28 2 2017

| CANT.                                                                                             | DESCRIPCION   | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----------|
| 4                                                                                                 | P. Slip TMx21 | 45000        | 180.000   |
| DROGAS SAN ANTONIO<br>NORTE S.A.S<br>Nit. 900.966.236-1<br>Cel. 311 246 1504<br>Cra.8 c# 185 a-17 |               |              |           |

Documento Soporte de Venta Art. 616-2 E.T.  
RECIBI  
NIT: 6.C.C.  
Descuento  
TOTAL 180000

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACION  
REMISION  
CLIENTE  
DIRECCION  
CIUDAD  
Forma de Pago  
Vendedor

| CANT.                                                                                             | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| 4                                                                                                 | Pañales Slip TMx 21      | 45000     | 180.000   |
| DROGAS SAN ANTONIO<br>NORTE S.A.S<br>Nit. 900.966.236-1<br>Cel. 311 246 1504<br>Cra.8 c# 185 a-17 |                          |           |           |
| FIRMA Y SELLO                                                                                     |                          | TOTAL     | 180.000   |

TEF COLSUBSIDIO

\*AGENTE RETENEDOR DE IVA\*  
NIT 860.007.336-1

| Código  | Descripción        | Valor   |
|---------|--------------------|---------|
| 1241992 | P/HIG/SEÑOR ALX40M | 9.950 C |
|         | TOTAL --> \$       | 9.950   |
|         | EFFECTIVO          | 10.000  |
|         | CAMBIO             | 50      |

| DISCRIMINACION TARIFAS IVA |        |           |       |
|----------------------------|--------|-----------|-------|
| TARIFA                     | COMPRA | BASE/IMP. | IVA   |
| C=19%                      | 9.950  | 8.361     | 1.589 |
| TOTAL IMPUESTOS            |        |           |       |
|                            | COMPRA | BASE/IMP. | IMP   |
| TOTAL=                     | 9.950  | 8.361     | 1.589 |

FACTURA DE VENTA: 0706 0000630650  
RANGO: 00580287-01000000  
Resol.: 310000094724 de Jul 08/2016  
Somos Autorretenedores  
Resolucion 00220 19 enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS - 1  
ATENDIDO POR: JURLEY HERNANDEZ  
15/May/2017 14:01 3500 06 0065 1010229

ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*REEMBOLSALE AL PLANETA\*\*\*  
USA MENOS PLASTICO Y TRAE TUS BOLSAS  
\*\*\*\*\*  
COLSUBSIDIO  
CON TODO LO QUE TE MERECE

ALMACEN  
DE CONSUMO  
NIT # 21101287-7  
FACTURA DE VENTA  
REGIMEN COMUN  
CALLE 4 # 4-25  
TEL # 8565289

15-05-17 H242706

|          |          |
|----------|----------|
| 3X       | 3.600 @  |
| TOST.X24 | 10.800   |
| JABN.REY | 1.500 II |
| 2X       | 800 @    |
| GOLOSNA  | 1.600 II |
| SUBTL    | 13.900   |
| CREM.DTL | 2.100 II |
| SUBTL    | 16.000   |
| VTGR19   | 5.200    |
| IVA19%   | 830      |
| TOTAL    | 16.000   |
| RECIBI   | 20.000   |
| CAMBIO   | 4.000    |

ITEM 7  
SAMUEL 5857 15:59TM

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACIÓN  
REMISIÓN

No.

|             |                        |          |          |
|-------------|------------------------|----------|----------|
| CLIENTE     | Martha Ramirez         |          | 15/05/17 |
| DIRECCIÓN   | Panalera San Andrésito |          | Teléfono |
| CIUDAD      | Forma de Pago          | Vendedor |          |
| Villapalmar |                        |          |          |

| CANT. | DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|-------|--------------------------|-----------|-----------|
| 9     | pacas panal x30          | 24000     | 96.000    |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          |           |           |
|       |                          | TOTAL \$  | 96.000    |

15-2017

SERVICIO ALGOMERKAR LTDA.  
NIT # 830076285-1  
REGIMEN COMUN  
TELEFONO: 6741493

FACTURA DE VENTA No. S1-1003128  
FECHA : 15/05/2017  
CLIENTE: OCASIONAL  
CAJA: 01 CAJERO: LDM HORA: 10:44:38

| CODIGO      | NOMBRE                        | CANT. | V/TOTAL  |
|-------------|-------------------------------|-------|----------|
| 183473      | DES. REXONA MINI              | 1.000 | \$2.500  |
| 187533      | JABON DOVE GOFRESA 90         | 1.000 | \$2.700  |
| 183515      | DES. BALANCE MINI CREMA CLINI | 1.000 | \$3.500  |
| 419256      | CHIRICOS S. RICAS+UNI         | 1.000 | \$300    |
| 431201      | HOJUELAS DE MAIZ 8-DIAS*250   | 1.000 | \$3.350  |
| TOTAL FRA : |                               |       | \$12.350 |
| EFECTIVO    |                               |       | \$12.350 |
| SU CAMBIO : |                               |       | \$0      |

DESCUENTO : \$0

EXENTOS : \$0

EXCLUIDOS: \$0

BASE 16% \$0 IVA: \$0

BASE 5% \$0 IVA: \$0

BASE 19% \$10.370 IVA: \$1.972

PUNTOS FACTURA : 12

PUNTOS ACUMULADOS: 465953

RECUERDE REDIMIR SUS PUNTOS  
FECHA LIMITE 20-ENE-2017

FACTURACION POS 8. DIAN 320001298122 AGO/08/2015  
PREFIXO S1 DEL 528089 AL 3000000 S2 DEL 127839  
AL 3000000 C3 DEL 172175.  
PROGRAMA FACTURACION: 3105655544/3002127651

|                     |                      |             |          |
|---------------------|----------------------|-------------|----------|
| VENDEDOR            | COMPROBANTE DE VENTA |             | 15/05/17 |
| VENDIDO A:          |                      | D M A       |          |
| DIRECCION:          |                      | CIUDAD:     |          |
| CANT.               | ARTICULO             | VALOR TOTAL |          |
| 2                   | Frascos Cotas        | 70.000      |          |
|                     | Dietol               |             |          |
| DROGAS SAN ANTONIO  |                      |             |          |
| NORTE S.A.S         |                      |             |          |
| Nit. 900.966.236-1  |                      |             |          |
| 114931820           |                      |             |          |
| Cra. 8 C # 185 A 17 |                      |             |          |
| TOTAL \$            |                      | 120.000     |          |

Firma:

LITOPERIA





00-ORG 00 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
CALLE 66 # 15-4 Telefono : 3499080 BOGOTA

CLL 165 N° 7-06 Sede : 024-ADMN USS SIMONBOLIVAR  
NIT. 900971006

RECIBO DE CAJA

| No. | 59978 | DIA | MES | AÑO  |
|-----|-------|-----|-----|------|
|     |       | 29  | 10  | 2017 |

RECIBIMOS DE:  
ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

C.C. o NIT: 1000573183

BENEFICIARIO:  
ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

H. CLINICA No: 70323

| Est. Adm | FUENTE | FACTURA  | VLR-CANCELADO | CPTO | NOMBRE-CONCEPTO | VLR-CONCEPTO | %    |
|----------|--------|----------|---------------|------|-----------------|--------------|------|
| 024      | 02     | 42909685 | 150,000.00    |      |                 | 0.00         | .000 |

VALOR EN LETRAS

CIENTO CINCUENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

VALOR TOTAL: 150,000.00

FORMAS DE PAGO

| FORMA DE PAGO | BANCO | N° DOCUMENTO | CTA. BANC/AUT | FECHA DOC  | VALOR      | BANC CONS | CUENTA   |
|---------------|-------|--------------|---------------|------------|------------|-----------|----------|
| 99            |       |              |               | 2017/10/29 | 150,000.00 | 999       | 11050101 |

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL CAJERO

Fecha: 2017/10/29 Hora: 19:33:51 Usuario: freinosoro

Terminal: SB20

Caja:

Periodo: 2017/10

\*ORIGINAL\*

CCAREC 10.0.

NIT: 860048656 - 9

SEDE PRINCIPAL: CALLE 50 No. 13-50

TELEFONO: 3487333

SEDE: CONSULTA EXTERNA

DIRECCION: CALLE 50 No 13-50

Teléfono de atención al cliente: 3487333

02/10/2017 10:37:06 AM  
TELEFONO: 3487333

**FACTURA DE VENTA**  
No.: **CON-0000049836**  
FECHA FAC.: 02/10/2017  
Cajero: JENNY ESPERANZA HUERTAS  
Caja: CONSULTA EXTERNA  
Vendedor: ADMINISTRADOR

CLIENTE: PEDRAZA RAMIREZ ERIKA LILIANA  
IDENTIFICACION: 1000573183 TELEFONO:  
DIRECCION: calle 188 8 11  
ENTIDAD: FUNDACION OFTALMOLOGICA NACIONAL  
REFERENCIA:  
PROFESIONAL:

| Código                                 | Nombre                      | Cant | V/Unit.   | Descuento | IVA% | Subtotal |
|----------------------------------------|-----------------------------|------|-----------|-----------|------|----------|
| 890276                                 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR | 1    | 75,000.00 |           | 0    | 75,00    |
|                                        |                             | 1    | 75,000.00 | 0         |      | 75,00    |
| SUBTOTAL                               |                             |      |           |           |      |          |
| Son: SETENTA Y CINCO MIL PESOS M.LEGAL |                             |      |           |           |      |          |
| TOTAL                                  |                             |      |           |           |      | 75,00    |

DETALLE DE PAGOS:  
EF EFECTIVO 75

RESOLUCIÓN DIAN NRO: 320001429645 DEL 27/07/2016 PREFIJO CON RANGO DEL 1 HASTA 200000  
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

Aceptada, Firma: \_\_\_\_\_

octubre



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Entidad integrada en el Sistema  
de Salud de Bogotá D.C.

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: TI 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: , FEMENINO                      |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPSS<br>ENTIDAD<br>PROMOTORA DE<br>SALUD DEL |

Página 2 de 3

## NOTAS MÉDICAS

Fecha: 29/03/2017 10:29 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR

Nota de Ingreso Consulta Externa - Tratante - OTORRINOLARINGOLOGIA

Indicador de rol: Tratante Causa Externa. ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta, Enfermedad Actual: PACIENTE DE 15 AÑOS CONOCIDA POR EL SERVICIO CON ANTECEDENTE DE HIPOXIA PERINATAL CON DEFICIT INTELECTUAL SEVERO. QUIEN CONSULTA POR RINORRUA UNILATERAL DE FOSA DERECHA DESDE HACE UN MES, ANTECEDENTE DE PREVIO OBJETO EXTRAÑO EN FOSA NASAL EXTRAIDO POR URGENCIAS, ACOMPAÑANTE NO ES CLARA SI PUEDE EXISTIR CUERPO EXTRAÑO.

Sin resultados nuevos

Examen Físico:

Carieza

Nariz: CUERPO EXTRAÑO EN FOSA NASAL DERECHA. SE REALIZA EXTRACCION SIN COMPLICACION

Diagnósticos activos después de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL.

Plan de Manejo: PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR RINORREA UNILATERAL EN FOSA DERECHA DE 1 MES DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA CUERPO ECTRAÑO EN FOSA NASAL DERCHA EL CUAL SE HACE EXTRACCION SIN COMPLICACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE ASEO NASAL

Firmado Por: FELIX HERNANDO BECERRA CAMARGO, OTORRINOLARINGOLOGIA, Registro 7227149, CC 7227149

FELIX HERNANDO BECERRA CAMARGO  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
Firma

|                                                                    |                                             |                                  |                        |           |                                           |                                               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Responsable pago<br>CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S M.H |                                             |                                  |                        |           | NIT./ Identificación<br>900298372-        | Ciudad<br>BOGOTÁ D.C                          |
| Dirección:<br>CALLE 77 N 12A - 35 PISO 5                           |                                             |                                  | Teléfono<br>3265410    |           | Fecha Factura<br>aaaa/mm/dd<br>2017/09/05 | Fecha Vencimiento<br>aaaa/mm/dd<br>2017/10/05 |
| Paciente<br>ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ                          |                                             |                                  | Teléfono<br>3204963658 |           | Identificación<br>TI 1000573183           | Ciudad Residencia<br>BOGOTÁ D.C               |
| Fecha de Ingreso<br>aaaa/mm/dd<br>2017/09/05                       | Fecha de Egreso<br>aaaa/mm/dd<br>2017/09/05 | Consecutivo Interno<br>2770323/1 | Documento<br>03 80430  | Días<br>0 | Autorización<br>19589-1702787050          | Póliza<br>1000573183                          |

| CODIGO | DESCRIPCION                                                                    | CANTIDAD | VLR.UNITARIO | VALOR  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|--------|
| 890375 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA | 1.00     | 31,900.00    | 31,900 |
|        |                                                                                |          |              |        |

OBSERVACIONES:

Valor en Letras: TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE

|               |           |
|---------------|-----------|
| SUBTOTAL      | 31,900.00 |
| IVA           | 0         |
| DESCUENTOS    | 0.00      |
| COP O CUO/MOD | 0.00      |
| OTROS ABONOS  | 0.00      |
| NETO A PAGAR  | 31,900.00 |

Equivalencia Otra Moneda:

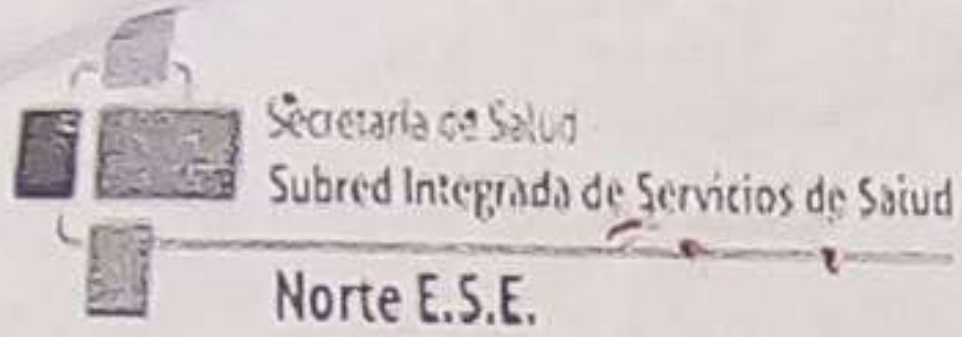
FIRMA Y CEDULA PACIENTE O ACOMPAÑANTE

ELABORADOR POR

JENNY LIZETH LEON SARMIENTO

Fecha y hora elaboración: 2017/09/05 06:39 Usuario: jleonsar Cayfac 10.1.24

COPIA



Dirección: CLL 165 N° 7-06  
Teléfono: 3499080  
Email:  
Nit: 900971006-4

Fax:

FACTURA DE VENTA  
No. 42949109

- Página 1 de 1

|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           |                                                  |                                               |                                 |        |                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|--------|----------------------|--|
| Responsable pago<br>CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S M.H                    |  |                                                                       |  |                                  | NIT./ Identificación<br>900298372- |                        | Ciudad<br>BOGOTÁ D.C                      |                                                  |                                               |                                 |        |                      |  |
| Dirección:<br>CALLE 77 N 12A - 35 PISO 5                                              |  |                                                                       |  |                                  | Teléfono<br>3265410                |                        | Fecha Factura<br>aaaa/mm/dd<br>2017/11/08 |                                                  | Fecha Vencimiento<br>aaaa/mm/dd<br>2017/12/08 |                                 |        |                      |  |
| Paciente<br>ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ                                             |  |                                                                       |  |                                  | Teléfono<br>3204963658             |                        | Identificación<br>TI 1000573183           |                                                  | Ciudad Residencia<br>BOGOTÁ D.C               |                                 |        |                      |  |
| Fecha de Ingreso<br>aaaa/mm/dd<br>2017/11/08                                          |  | Fecha de Egreso<br>aaaa/mm/dd<br>2017/11/08                           |  | Consecutivo Interno<br>2770323/1 |                                    | Documento<br>03 103461 |                                           | Días<br>0                                        |                                               | Autorización<br>195891704982772 |        | Póliza<br>1000573183 |  |
| CODIGO                                                                                |  | DESCRIPCION                                                           |  |                                  |                                    |                        | CANTIDAD                                  |                                                  | VLR.UNITARIO                                  |                                 | VALOR  |                      |  |
| 890376                                                                                |  | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA |  |                                  |                                    |                        | 1.00                                      |                                                  | 31,900.00                                     |                                 | 31,900 |                      |  |
| OBSERVACIONES:                                                                        |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           |                                                  |                                               |                                 |        |                      |  |
| Valor en Letras: TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE                  |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           | SUBTOTAL                                         |                                               | 31,900.00                       |        |                      |  |
|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           | IVA                                              |                                               | 0                               |        |                      |  |
|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           | DESCUENTOS                                       |                                               | 0.00                            |        |                      |  |
|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           | COP O CUO/MOD                                    |                                               | 0.00                            |        |                      |  |
|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           | OTROS ABONOS                                     |                                               | 0.00                            |        |                      |  |
|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           | NETO A PAGAR                                     |                                               | 31,900.00                       |        |                      |  |
| Equivalencia Otra Moneda:                                                             |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           |                                                  |                                               |                                 |        |                      |  |
|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           |                                                  |                                               |                                 |        |                      |  |
|                                                                                       |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           |                                                  |                                               |                                 |        |                      |  |
| FIRMA Y CEDULA PACIENTE O ACOMPAÑANTE                                                 |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           | ELABORADOR POR<br>JONATAN ALBERTO GOMEZ LIZARAZO |                                               |                                 |        |                      |  |
| Fecha y hora elaboración: 2017/11/08 13:27 Usuario: jgomezliz Cayfac 10.1.24 ORIGINAL |  |                                                                       |  |                                  |                                    |                        |                                           |                                                  |                                               |                                 |        |                      |  |

|                                                                                                                |                                                                         |                           |                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Hospital<br>Simón Bolívar | JUSTIFICACION MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD | Código:<br>ADT-FO-370-027 | <br>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>Hospital Simón Bolívar<br>III Nivel C.S.G. |
|                                                                                                                | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO<br>SERVICIO FARMACEUTICO                | Versión: 5                |                                                                                                                                                                    |

Diligenciar solicitud en forma completa con letra legible, sin enmendaduras ni abreviaturas

|                    |             |               |          |      |
|--------------------|-------------|---------------|----------|------|
| AMBITO DE ATENCION | AMBULATORIO | HOSPITALIZADO | SERVICIO | CAMA |
|--------------------|-------------|---------------|----------|------|

1. FECHA DE JUSTIFICACION

|     |    |     |    |     |      |
|-----|----|-----|----|-----|------|
| DIA | 20 | MES | 04 | AÑO | 2017 |
|-----|----|-----|----|-----|------|

2. INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

|                                          |                  |             |
|------------------------------------------|------------------|-------------|
| PRIMER APELLIDO                          | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES     |
| Pedraza                                  | Ramirez          | Enzo Litano |
| IDENTIFICACION<br>CC PA CE RC NUIP MS AS | EDAD             | TELEFONO    |
| 1000573183                               | 150              |             |

DIAGNÓSTICO

|       |      |        |                         |
|-------|------|--------|-------------------------|
| CIE10 | Q87X | NOMBRE | Síndrome de Klinefelter |
| CIE10 |      | NOMBRE |                         |
| CIE10 |      | NOMBRE |                         |

Ver resumen de historia clínica anexo a este formato.

3. INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO

|     |     |           |
|-----|-----|-----------|
| ATC | CUM | RS/INVIMA |
|-----|-----|-----------|

|                                                 |                     |                                                                                                                          |                   |
|-------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Nombre Genérico:                                | Concentración:      | Forma Farmacéutica:                                                                                                      | Grupo Terapéutico |
| Risperidona                                     | 1mg                 | tableta                                                                                                                  | Antipsicótico     |
| DOSIS DIA:                                      | Nº Total solicitado | TIEMPO DE PRESCRIPCIÓN (DIAS)                                                                                            |                   |
| 1 tableta / día                                 | 90                  | 90                                                                                                                       |                   |
| MEDICAMENTO EN EXPERIMENTACIÓN / USO COSMETICO: | SI: NO: x           | MEDICAMENTO AUTORIZADO EN COLOMBIA                                                                                       | SI: x NO: h       |
|                                                 |                     | EXISTE UN RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA O SALUD DEL PACIENTES Y ES DEMOSTRABLE Y ESTA JUSTIFICADO EN LA HISTORIA CLINICA |                   |
|                                                 |                     | SI: x NO                                                                                                                 |                   |

EFEECTO TERAPÉUTICO ESPERADO:

Tratamiento de desórdenes de la conducta.

EFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS DEL TRATAMIENTO:

Síndrome, síntomas extra piramidales

3. MEDICAMENTOS DE LISTADO POS UTILIZADO - EXPERIENCIA CON OTROS MEDICAMENTOS

| NOMBRE | CONCENTRACION / FORMA FARMACEUTICA | DIAS TTO | ATC / CUM |
|--------|------------------------------------|----------|-----------|
|        |                                    |          |           |

Razones para la NO utilización de medicamentos POS:

Posibles Homólogos POS:

INFORMACION DEL MEDICO TRATANTE

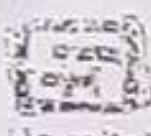
|                 |                      |                    |
|-----------------|----------------------|--------------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO     | NOMBRE             |
|                 |                      |                    |
| ESPECIALIDAD    | REGISTRO PROFESIONAL | TELEFONO           |
|                 |                      | 6767940            |
|                 |                      | DIRECCION          |
|                 |                      | Calle 165 No. 7-06 |

FIRMA Y SELLO

MÉDICO SOLICITANTE (tratante)

REVISÓ:

Nombre enfermera jefe - firma

|                                                                                                                |                                                    |                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Hospital<br>Simón Bolívar | PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS<br>Código: GCF-FO-024 | <br>ALMACÉN DE FARMACIA<br>DE GUAYAS, ECUADOR<br>Hospital Simón Bolívar<br>III Nivel E.S.B. |
|                                                                                                                | GESTIÓN CIENTÍFICA<br>Versión: 8                   |                                                                                                                                                                                |

DILIGENCIAR ESTE FORMATO COMPLETO, CON LETRA CLARA, LEGIBLE, NO UTILIZAR SIGLAS, TACHONES NI ENMIENDADURAS

|                |     |     |          |      |      |                |             |    |   |                 |              |                  |            |           |      |
|----------------|-----|-----|----------|------|------|----------------|-------------|----|---|-----------------|--------------|------------------|------------|-----------|------|
| IDENTIFICACIÓN |     |     |          |      |      |                |             |    |   | PRIMER APELLIDO |              | SEGUNDO APELLIDO |            | NOMBRES   |      |
| NO.            | CC  | TI  | PA       | CE   | RC   | IMP            | MS          | LA | D | Pedro           |              | Ramírez          |            | Enica     |      |
| ANO            | MES | DIA | SERVICIO | CABA | EDAD | HORA EVOLUCIÓN | DIAGNÓSTICO |    |   | Regimen         | Contributivo | Subsidiado       | Particular | Vinculado | Seor |
| 17             | 10  | 04  | 20       |      | 17   |                | Esquema     |    |   |                 |              |                  |            |           |      |

| MEDICAMENTOS NOMBRE GENÉRICO | CONCENTRACIÓN | FORMA FARMACÉUTICA | DOSIS (Escriba el dígito Decimal) | FRECUENCIA | VIA ADMIN. | PERIODO DURACIÓN Y TRATAMIENTO | CANTIDAD |        | CAT DESPA. |
|------------------------------|---------------|--------------------|-----------------------------------|------------|------------|--------------------------------|----------|--------|------------|
|                              |               |                    |                                   |            |            |                                | Numero   | Letras |            |
| Pispendone                   |               | x                  | 1mg                               |            |            | #                              | 90       |        |            |
| Dor                          |               | 1 tableta          | / día                             |            |            |                                |          |        |            |
| Dora                         |               | 90                 | 10145                             |            |            |                                |          |        |            |

|                        |             |               |                         |                |                |
|------------------------|-------------|---------------|-------------------------|----------------|----------------|
| NOMBRE MD ESPECIALIDAD | REG. MÉDICO | HORA DESPACHO | HORA RECEPCIÓN SERVICIO | FIRMA FARMACIA | FIRMA SERVICIO |
|                        |             |               |                         |                |                |

PARA PACIENTES AMBULATORIOS USAR VIGENCIA DE ESTA FORMULA 72 HORAS. NOTAR: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGUN LA LEY COLOMBIANA. Calle 155 No. 7-02 TELÉFONO: 6767940 esosimonbolivar@gov.co Atención al Usuario 6770230

capital

AUTORIZACION DE SERVICIOS

17409580

Numero de Autorización 19589G1705891517

Fecha y Hora: 09/12/2017 08:06

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre; CAPITAL SALUD EPS-S

Codigo: 9

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre; SUBRED INT DE SERVICIO DE SALUD NOFNit; 900971006 Codigo:

Direccion; CARRERA 6A N° 119 B - 14

Telefono: 6583030

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento; TARJETA DE IDENTIDAD

Documento: T 1000573183

Nombre; ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

Fecha de Nacimiento: 23/04/2001

Direccion; CL 135 A BIS 8 C 12

Telefono:

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

Telefono Celular;

Email:

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AUTORIZACION

Regimen: PG Subsidiado

Motivo;

Fecha Vencimiento: 8 4 2018

Diagnostico; H44.1

Nap Anterior: 19589G1704982772

Ubicacion del Paciente; Ambulatorio

Origen del servicio: ENFG

Servicio;

Cama:

SERVICIOS AUTORIZADOS

CANT. DETALLE

1 ce-consulta md especializada-consulta de control o de seguimiento por especialista en oftalmologia- (850378)

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje Cobertura: 100

Semanas Cotizadas: 100

Tipo de Recaudo:

Valor: 0

Porcentaje: 0

Valor maximo: 0

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA Y LA SOLICITUD

Manejo Integral segun Gila.

Ciudad: BOGOTA - CUNDINAMARCA

No. Solicitud:

Fecha Solicitud: 09/12/2017 07:52

Nombre quien autoriza: luismp

Nombre Ips: SUBRED INT DE SERVICIO D

Dir. Ips: CARRERA 6A N° 119 B - 14

Telefono y/o Celular: -

Cargo:

Acepta remision: SUBRED INT DE SERVICIO

OBSERVACIONES



9963658

195896



Hospital  
Simón Bolívar

# RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Código: GCF-FO- 027

## GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Hospital Simón Bolívar  
III Nivel E.S.E

FECHA

20/04/12

IDENTIFICACION

CC ☒ PA ☒ CE ☒ RC ☒ NUP ☒ MS ☒ AS ☒ D ☒ N° 1000573153

PRIMER APELLIDO

Rejano

SEGUNDO APELLIDO

Ramirez

NOMBRES

Erika Liliana

EDAD

AÑOS MESES DIAS

15

SEXO

F M

X

FECHA DE INGRESO

DIA MES AÑO

20 04 12

TIPO DE USUARIO

Contributivo ☐ Particular ☐

Subsidiado ☒ Vinculado ☐

MEDICO TRATANTE

NOMBRE Y REGISTRO MEDICO

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

### ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 15 años con antecedentes de hipoxia perinatal  
un déficit intelectual severo, quien consultó a esta por

### ANTECEDENTES

- Epilepsia  
- Déficit intelectual

### DE LA EVOLUCION

Con conductas de auto

### DIAGNOSTICO

Con epilepsia en su comportamiento  
con déficit intelectual

De Esquizofrenia

### TRATAMIENTOS SUGERIDOS

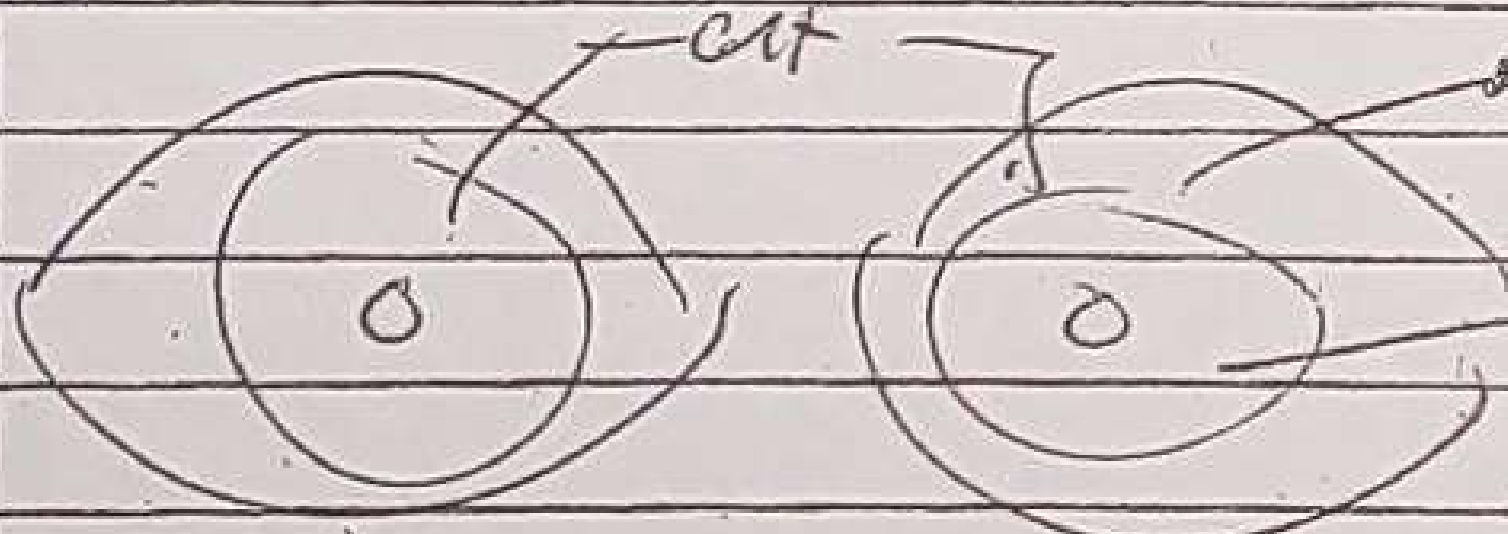
1) Risperidona 1mg bid  
2) M

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - CE. Cédula de Extranjería - RC. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin identificación - AS Adulto sin identificación - D Denuncia

|                                                                                                           |                           |                      |                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Simón Bolívar</b> | <b>EVOLUCIÓN</b>          | Código: GCF- FO- 006 | <br><b>ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br><b>Hospital Simón Bolívar</b><br><b>UNIV E.S.E.</b> |
|                                                                                                           | <b>GESTIÓN CIENTÍFICA</b> | Versión: 4           |                                                                                                                                                                                   |

|                                |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |      |      |      |      |      |    |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|----|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1er. APELLIDO<br><i>piedra</i> | 2do. APELLIDO         | NOMBRES<br><i>Erika</i>                                                                                                                                                                                                                                           |      |      |      |      |      |      |    |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SERVICIO<br><i>opt.</i>        | CAMA<br><i>c. ext</i> | IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |      |      |      |      |    |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |                       | <table border="1"> <tr> <td>C.C.</td> <td>T.I.</td> <td>PA.</td> <td>C.E.</td> <td>R.C.</td> <td>NUPI</td> <td>MS</td> <td>AS</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | C.C. | T.I. | PA.  | C.E. | R.C. | NUPI | MS | AS | D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C.C.                           | T.I.                  | PA.                                                                                                                                                                                                                                                               | C.E. | R.C. | NUPI | MS   | AS   | D    |    |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |      |      |      |      |      |    |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |                       | No. <i>600513183</i>                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |      |    |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| FECHA          | HORA        | IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>16/1/17</i> | <i>6+20</i> | <p><i>opt.ólogo predoctoral</i></p> <p><i>paciente con dx:</i></p> <p>① glaucoma con buphtalmos todos OI</p> <p>② hipotensión</p> <p>③ ed. trabec + retinop. psicóptica</p> <p>④ ptosis OS. St. Antec a control.</p> <p>⑤ B.V. no valorable no colaborar.</p> <p>⑥ B.V.</p>                                     |
|                |             |  <p><i>Nulgarmento erabode</i></p> <p><i>buphtalmos</i></p>                                                                                                                                                                 |
|                |             | <p><i>reiter examen impracticable</i></p> <p><i>plan:</i></p> <p><i>se explica a madre que no es ojo viable, este riesgo de perforación y infección se propone intervención con</i></p> <p><i>ración madre, explicar no estar de acuerdo con ex. A</i></p> <p><i>pesar de riesgo, en control en 6 meses</i></p> |
|                |             | <p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. Lucía Moncada Roca</b><br/> <b>OFTALMOLOGÍA</b><br/> <b>Reg. Med 7182</b></p>                                                                                                                                                                                               |

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA  
 C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - CE- Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil  
 NUPI- Número Único de Identificación Personal- MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio.



capital salud

AUTORIZACION DE SERVICIO

No. 15870773

Numero de Autorización: 15870773

Fecha y Hora: 01/04/2017 08:39

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre; CAPITAL SALUD EPS-S

Código: 9

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre; SUBRED INT DE SERVICIO DE SALUD NOROCCIDENTAL; 900971006 Código:

Dirección; CARRERA 6A N° 119 B - 14

Teléfono: 6583030

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento; TARJETA DE IDENTIDAD

Documento: T 1000573183

Nombre; ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

Fecha de Nacimiento: 23/04/2001

Dirección; CL 185 A BIS 8 C 12

Teléfono: 6792786

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

Teléfono Celular;

Email:

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AUTORIZACION

Regimen: RS Subsidiado

Motivo;

Fecha Vencimiento: 31 5 2017

Diagnostico; F81.0

Nap Anterior: 19589-1605501218

Ubicación del Paciente; Ambulatorio

Origen del servicio: ENFG

Servicio;

Cama:

SERVICIOS AUTORIZADOS

CANT.

DETALLE

1 ce-consulta md especializada-neurologia pediatrica control - (890375) - [SOAT VIGENTE 39143]

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje Cobertura: 100

Semanas Cotizadas: 100

Tipo de Recaudos;

Valor: 0

Porcentaje: 0

Valor máximo: 0

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA Y LA SOLICITUD

Manejo Integral según Guía:

Ciudad: BOGOTA - CUNDINAMARCA

No. Solicitud:

Fecha Solicitud: 01/04/2017 08:28

Nombre quien autoriza: dianavc

Nombre Ips: SUBRED INT DE SERVICIO D

Dir. Ips : CARRERA 6A N° 119 B - 14

Teléfono y/o Celular: -

Cargo:

Acepta remisión: SUBRED INT DE SERVICIO

OBSERVACIONES

SOLO PARA ORDENES DE COMPRA DE SERVICIOS

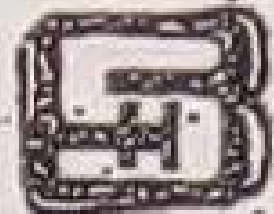
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. autoriza la atención de los servicios de salud a aquellas personas que estén afiliadas a la EPS-S. En caso de que el usuario manifieste no tener capacidad de pago deberá acogerse a la atención por el Decreto 906, cap. IV, Art. 81. Para el caso de que el usuario manifieste no tener capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente en observaciones y acredite debidamente esta situación podrá ser atendido en la EPS-S o en cualquier otra entidad de salud o aquellas privadas en las que el Estado tenga contrato. Estas entidades deberán una cuota de recuperación de los servicios no viable solo para el procedimiento aquí descrito y cualquier procedimiento adicional deberá ser autorizado por CAPITAL.

PAU SAIGRISTOBAL NORTE

Firma CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.

Firma Usuario

Las órdenes de compra de servicios dadas hacen parte de los soportes para el cobro de la cuenta a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. Línea gratuita de Atención al Cliente 01 8000 122219 y Línea Total Bogotá 485 46 66.

|                                                                                                                              |                                        |                              |                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Hospital</b><br><b>Simón Bolívar</b> | <b>ORDEN DE SOLICITUD DE SERVICIOS</b> | <b>Código:</b><br>GCF-FO-003 | <br><b>HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR</b><br><b>CIUDAD BOLÍVAR</b><br><b>ESTADO BOLÍVAR</b><br><b>ALCALDÍA MUNICIPAL</b> |
|                                                                                                                              | <b>GESTIÓN CIENTÍFICA</b>              | <b>Versión:</b> 5            |                                                                                                                                                                                                     |

IDENTIFICACIÓN: CC TL PA CER CMP MS ASI D

Nº \_\_\_\_\_ FECHA 22 de marzo de 2017

1er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES EDAD

1000573183

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

Urgente ☐ 1 AMB ☐ 2 URG ☐ 3 HCSP ☐

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Código CIE 10, no utilizar siglas)

F810

CONDICIÓN DE USUARIO:

Embarazada 1er Trimestre ☐ 2do Trimestre ☐ 3er Trimestre ☐ No Embarazada ☐

| SERVICIO SOLICITADO               |
|-----------------------------------|
| SS                                |
| City                              |
| Neurología                        |
| abmt - mayo                       |
| ANA GARCIA ARIZA                  |
| PEDIATRÍA - NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA |
| Registro Médico 359794            |
| C.C. 32609373                     |
| MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS     |
| TESTES GENÉTICOS                  |
|                                   |
|                                   |
|                                   |
|                                   |
|                                   |
|                                   |

NOMBRE \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

1. Llenar los datos completos en forma clara y legible.
2. No se aceptan órdenes sin nombre, firma y registro médico.
3. Use la casilla URGENTE sólo en casos críticos.
4. Concedido por el Comité de Ética de la Clínica.

Fecha de Emisión: 05/12/2017 08:36

05/12/2017 08:36

Consultorio

Consultorio

65-217

Dr(a). SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA

DATOS DEL PACIENTE

|                                                                                   |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con TI-1000573183       |                                                                         |
| Edad y Género:                                                                    | 16 Años, Femenino                                                       |
| Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO                                      | Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO |
| Servicio/Ubicación: Consulta Externa Especializada/CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR | Habitación: Identificador Único: 2770323-1                              |

Diagnóstico: H441: OTRAS ENDOFTALMITIS

CITA CONTROL EGRESO

| Fecha de Inicio  | Descripción                                                                               | Especificaciones | Justificación / Observaciones |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|
| 05/12/2017 08:36 | 890376-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA, En: 1 Meses |                  |                               |

Dr. SERGIO QUINTERO P.  
Medico Oftalmologo  
Especialista en Retina y Cornea  
R.M. 07188

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA, CC: 19393039, Reg: 19393039

Firmado Electrónicamente

024-ADMIN USS SIMON BOLIVAR

Dirección: CLL 155 N° 7-06 - Teléfono: 3499080 BOGOTÁ - 57 - Web:

|  |                    |                     |  |
|--|--------------------|---------------------|--|
|  | EPICRISIS          | Página 1 de 2       |  |
|  |                    | Código: GCF-FO- 008 |  |
|  | GESTIÓN CIENTÍFICA | Versión: 5          |  |

|                 |               |      |                  |     |          |      |           |               |        |          |     |            |
|-----------------|---------------|------|------------------|-----|----------|------|-----------|---------------|--------|----------|-----|------------|
| IDENTIFICACIÓN  | LINEA DE PAGO |      | IDENTIFICACIÓN   |     |          |      |           |               |        |          |     |            |
|                 | CAPITAL SALUD |      | C.C              | I.L | P.A      | C.E  | R.C       | NUIP          | M.S    | A.S      | I.D | 1000573183 |
| PRIMER APELLIDO |               |      | SEGUNDO APELLIDO |     |          |      |           | NOMBRES       |        |          |     |            |
| PEDRAZA         |               |      | RAMIREZ          |     |          |      |           | ERIKA LILIANA |        |          |     |            |
| EDAD            |               |      | SEXO             |     | INGRESO  |      |           | EGRESO        |        |          |     |            |
| AÑOS            | MESES         | DÍAS | F                | M   | FECHA    | HORA | SERVICIO  | FECHA         | HORA   | SERVICIO |     |            |
| 16              |               |      | x                |     | 17/10/17 | 6:55 | URGENCIAS | 29/10/17      | 9:40AM | I06A     |     |            |

DEL INGRESO

MOTIVO DE CONSULTA: "ESTA ENFERMA DEL OJO"

ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES PERTINENTE: PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD CON 13 DIAS DE SECRECION PURULENTO Y EDEMA PALPEBRAL OJO IZQUIERDO TRATADA EN FUNDONAL 10/10/17 CON DX DE ENDOFTALMITIS ENDOGENA, ANTECEDENTE DE HIPOXIA NEONATAL, SD KIBUKI, RETARDO EN EL DESARROLLO

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO: PACIENTE MALA COLABORADORA, POR AGRESIVIDAD, NO SE ES POSIBLE VALORAR PUPILAS, MOE NI AV, PRESENTA OJO IZQUIERDO CON EDEMA PALPEBRAL, PTOSIS, QUEMOSIS E HIPEREMIA, SECRECION AMARILLENTO OJO IZQUIERDO, SE HOSPITALIZA, SS VALORACION MEDICINA INTERNA INFECTOLOGIA Y SS TAC TORAX Y ABDOMEN EN BUSQUEDA DE FOCOS INFECCIOSOS, SS VALORACION BAJO ANESTESIA GENERAL

|               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| CÓDIGO CIE-10 | DIAGNOSTICO DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                  | PRESUNTIVO<br>(Marque con una X) | CONFIRMADO<br>(Marque con una X) |
| H440          | ENDOFTALMITIS ENDOGENA OI                                                                                                                                                                                                                               | X                                |                                  |
| FECHA         | DE LA EVOLUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
| 17/10/17      | VALORADO POR MEDICINA INTERNA, INICIAN MANEJO CON VANCOMICINA CEFTRIAXONA, PRESENTA RASH POSIBLE ALERGIA A VANCOMICINA, SE DEJA MANEJO PARA REACCION ALERGICA CON RESOLUCION ADECUADA                                                                   |                                  |                                  |
| 18/10/17      | VALORADO POR INFECTOLOGIA QUIENES INDICAN CONTINUAR MANEJO CON LINEZOLID + CEFTRIAXONA ES LLEVADA A VALORACION BAJO ANESTESIA POR OFTALMOLOGIA EVIDENCIANDO ABSCESO SUBCONJUNTIVAL, SE DRENA SE TOMAN CULTIVOS Y SE APLICA INYECCIONES SUBCONJUNTIVALES |                                  |                                  |
| 19/10/17      | CONTINUA CON SIGNOS DE HIPERSENSIBILIDAD SE SOSPECHA TAMBIEN REACCION ALERGICA A CEFTRIAXONA, SE SUSPENDE Y SE INICIA MANEJO CON CIPROFLOXACINA                                                                                                         |                                  |                                  |

Dr. Oscar Iván Correa J.  
Médico Cirujano  
U. Rosalva  
CC. 79.752.006 - U. Rosalva  
2523720

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY 1712 DE 2014  
C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - CE- Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP- Número Único de Identificación Personal- MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio.

2018

|  |                    |                     |  |
|--|--------------------|---------------------|--|
|  | EPICRISIS          | Página 2 de 2       |  |
|  |                    | Código: GCF-FO- 008 |  |
|  | GESTIÓN CIENTÍFICA | Versión: 5          |  |

|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 23/10/17                              | HA CONTINUADO MANEJO CON LINEZOLID + CIPROFLOXACINA CON EVOLUCIO HACIA LA MEJORIA, REPORTE DE TAC ABDOMEN Y TORAX NORMAL<br>REPORTE DE CULTIVO DE SECRECIO SUBCONJUNTIVAL DENTRO DE LIMITES NORMALES |                                                                                                                |       |
| 29/10/17                              | PACIENTE CULMINA TTO ANTIBIOTICO, BUENA RESPUESTA, SIN DETERIORO, MEDICINA INTERNA INDICA QUE PUEDE CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO, SE DA EGRESO.                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
| DIAGNOSTICOS DEL EGRESO PACIENTE VIVO |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
| H440                                  | ENDOFTALMITIS ENDOGENA                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
|                                       |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |       |
| PLAN DE MANEJO AMBULATORIO:           |                                                                                                                                                                                                      | CITA CONTROL POR MEDICINA INTERNA, Y OFTALMOLOGIA<br>FORMULA MEDICA , ORDEN DE ECOGRAFIA OCULAR<br>AMBULATORIA |       |
| Oscar Correa                          | 21/10/17                                                                                                                                                                                             | Registro Médico                                                                                                | Firma |

Oscar Iván Correa J.  
Médico Cirujano  
Especialista en Oftalmología  
U. Rosario - U. Bosque  
EC. 79.753.666 - RM 252372-01

00-ORG 00 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
CALLE 68 # 15-4 Telefono : 3499080 BOGOTA

CLL 185 N° 7-08 Sede : 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR  
NIT. 900971006

RECIBO DE CAJA

| No. | 59978 | DIA | MES | AÑO  |
|-----|-------|-----|-----|------|
|     |       | 29  | 10  | 2017 |

RECIBIMOS DE:  
ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

C.C. o NIT: 1000573183

BENEFICIARIO:  
ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

H. CLINICA No: 70323

| Est. Adm | FUENTE | FACTURA  | VLR CANCELADO | CPTO | NOMBRE-CONCEPTO | VLR-CONCEPTO | %    |
|----------|--------|----------|---------------|------|-----------------|--------------|------|
| 024      | 02     | 42909885 | 150,000.00    |      |                 | 0.00         | .000 |

VALOR EN LETRAS

CIENTO CINCUENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

VALOR TOTAL: 150,000.00

FORMAS DE PAGO

| FORMA DE PAGO | BANCO | N° DOCUMENTO | CTA. BANC/AUT | FECHA DOC  | VALOR      | BANC CONS | CUENTA   |
|---------------|-------|--------------|---------------|------------|------------|-----------|----------|
| 99            |       |              |               | 2017/10/29 | 150,000.00 | 999       | 11030101 |

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL CAJERO

Fecha: 2017/10/29 Hora: 19:33:51 Usuario: freinosoro

Terminal: SB20

Caja:

Periodo: 2017/10

\*ORIGINAL\*

CCAREC 10.0.



Hospital  
Simón Bolívar

# REFERENCIA DE PACIENTES

Código: GCF-FO-220-001



ALCALDE MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR  
III Nivel E.S.E.

## GESTION CIENTIFICA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Versión: 0

N° de Planilla

DD MM AA

Fecha de radicación de la Referencia

Hora de radicación de la Referencia

Hora Militar

TIPO DE USUARIO

TIPO DE USUARIO

Ambulatorio ☒ 2. En Urgencias ☐ 3. Hospitalización ☐ 1. Electiva ☐ 2. Electiva Prioritaria ☐ 3. Urgencias ☐ 4. Hospitalización ☐

Primer Nombre Enrique Segundo nombre Liliana Primer Apellido Pedraza Segundo Apellido Pamira

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 04 Año 2017 SEXO ☒ M ☐ F

Edad: Años 10 Meses 04 Días 10 Horas 10 N° Identificación TI = 1000573183

Documento 1000573183 Localidad BOGOTÁ

Dirección Residencia CL 100 No. 100-100

Teléfono 310 123 4567

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)

Nombre y Apellido Enrique Pedraza

Dirección Residencia CL 100 No. 100-100

Teléfono 310 123 4567

### AFILIACION SGSSS

Subsidiado ☐ Clasif. Socioec. ☐ Nivel/Categoría ☐ Población Especial ☐

Contributivo ☐ Particular ☐ N° Ficha ☐ I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección

Entidad Administradora: OTRO: OTRO:

### SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha: Día 20 Mes 04 Año 2017 Hora Militar 10:00 Edad gestacional (sem.) 36

Identificación de Instituciones

Nombre del Procedimiento Solicitado Ecografía

Código Servicio Solicitado CUPS 911301

Nombre Punto de Atención Destino Inicial CL 100 No. 100-100

Código Punto de Atención Destino Inicial 911301

Nombre Punto de Atención Destino Final CL 100 No. 100-100

Código Punto de Atención Destino Final 911301

Nivel de Atención requerido: ☐ I Nivel ☐ II Nivel ☐ III Nivel

### Anamnesis

Signos Vitales

TA: 120/80 mmHg FC: 70 x min FR: 18 x min TC: 36.5 °C PESO: 25 Kg Glasgow: 15 SAT O2: 98 %

Examen Físico

Resultados exámenes diagnósticos

Nombre del Diagnóstico Chalchicomula

Código CIE10 de Diagnóstico A44.1

Dr. Oscar Iván Cortés

Médico Cirujano

Mostrar en Otorrinolaringología

U. Rosado - U. Rosado

Procedimientos y Complicaciones

### MOTIVO REFERENCIA

SERVICIO NO OFERTADO ☐ 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL ☐ 3. FALTA DE INSUMOS ☐ 4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS ☐

5. FALTA DE CAMAS ☐ 6. CESE DE ACTIVIDADES ☐ 7. EMERGENCIA SANITARIA ☐ 8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL ☐

9. AUSENCIA DE CONVENIO ☐ 10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA ☐ 11. OTRO: ☐ Cui: OTRO:

### DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

Nombre Enrique Pedraza Profesión Medico Cirujano Especialidad Otorrinolaringología

Registro 310 123 4567 Firma Enrique Pedraza

### DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)

Fecha: Día 20 Mes 04 Año 2017 Hora Militar 10:00 Cargo OTRO:

Nombre Enrique Pedraza Especialidad Otorrinolaringología

Punto de Destino Final CL 100 No. 100-100 Funcionario de contacto OTRO:

### CANCELACION DE LA REFERENCIA

Fecha: Día 20 Mes 04 Año 2017 Hora Militar 10:00 Cargo OTRO:

Nombre Enrique Pedraza Especialidad Otorrinolaringología

### MOTIVO DE CANCELACION

1. FALTA DEL PACIENTE ☐ 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE ☐ 3. DX NO CONCORDANTE ☐

4. SALIDA VOLUNTARIA ☐ 5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR ☐ 6. REMISION NO PERTINENTE ☐

7. MEJORA DEL PACIENTE ☐ 8. ALTA DEL PACIENTE ☐ 9. AUTORIZACION VENCIDA ☐

10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE ☐ 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO ☐ 12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA ☐

13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA ☐ 14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION ☐ 15. OTRO ☐

Cui: OTRO: Firma de quien cancela Enrique Pedraza



## AUTORIZACION DE SERVICIOS

No. 17409579

Numero de Autorización: 19589G1705091488

Fecha y Hora: 09/12/2017 08:04

## ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: CAPITAL SALUD EPS-S

Codigo: 9

## INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: SUBRED INT DE SERVICIO DE SALUD NOFNI; 900971006 Cod'go:

Direccion: CARRERA 6A N° 119 B - 14

Telefono: 6533030

Departamento: BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

## DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: TARJETA DE IDENTIDAD

Documento: T 1000573183

Nombre: ERIKA LILIANA PEDPAZA RAMIREZ

Fecha de Nacimiento: 23/04/2001

Direccion: CL 185 A BIS 8 C 12

Telefono:

Departamento: BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

Telefono Celular:

Email:

## DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AUTORIZACION

Regimen: PG Subsidiado

Motivo:

Fecha Vencimiento: 8 4 2018

Diagnostico: G80

Nap Anterior: 19589G1704982767

Ubicacion del Paciente: Ambulatorio

Origen del servicio: ENFG

Servicio:

Cama:

## SERVICIOS AUTORIZADOS

CANT. DETALLE

1 ce-consulta md especializada-neurologia pediatrica control - (890375)

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje Cobertura: 100

Semanas Cotizadas: 100

Tipo de Recaudo:

Valor: 0

Porcentaje: 0

Valor maximo: 0

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA Y LA SOLICITUD

Manejo Integral segun Guia:

Ciudad: BOGOTA - CUNDINAMARCA

No. Solicitud:

Fecha Solicitud: 09/12/2017 07:52

Nombre quien autoriza: luismp

Nombre Ips: SUBRED INT DE SERVICIO D

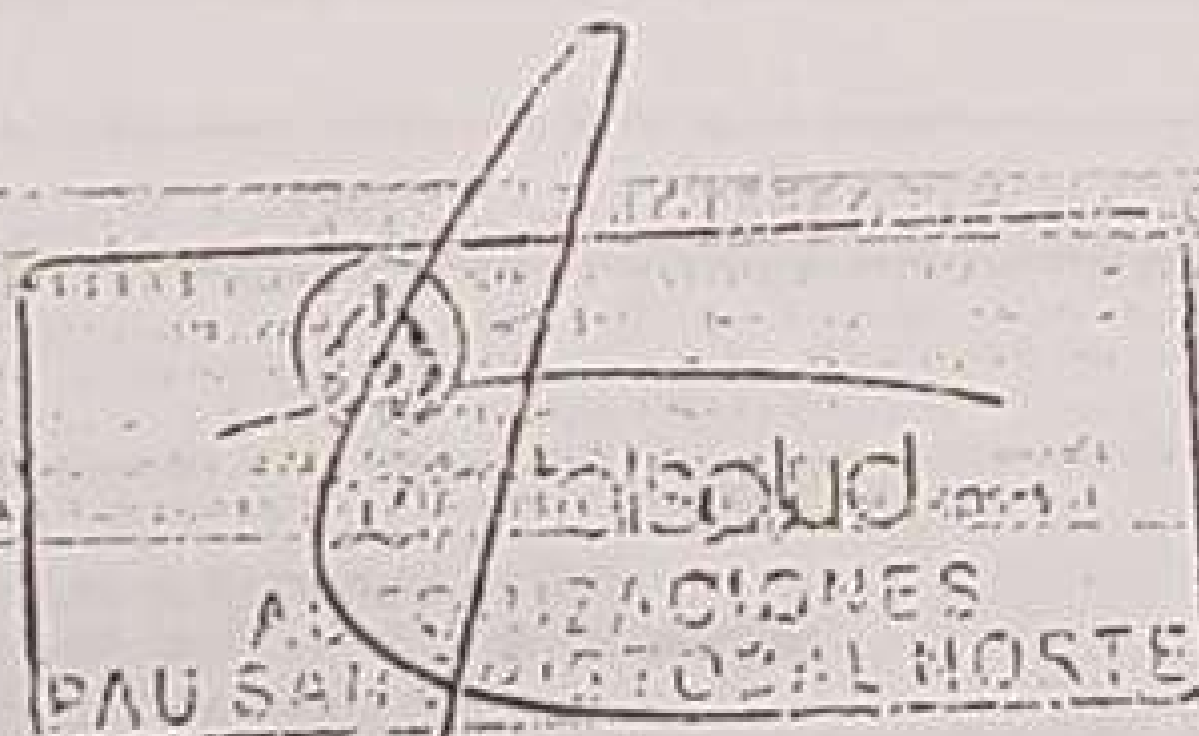
Dir. Ips: CARRERA 6A N° 119 B - 14

Telefono y/o Celular: -

Cargo:

Acepta remision: SUBRED INT DE SERVICIO

## OBSERVACIONES



Firma CAPITAL SALUD EPS-S

Firma IPS

Las ordenes de compra de servicios dadas hacen parte de los soportes para el cobro de la cuenta de CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.  
Línea gratuita de Atención al Cliente 01 8000 122219 y Línea Total Bogotá 0227730.



Fecha: 05/03/2017 10:46 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON

Evolución Consulta Externa - Evolución - CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA

Paciente Paciente Crónico, de 15 Años, Género FEMENINO

Diagnósticos activos antes de la nota: CUERPO EXTRAÑO EN EL ORIFICIO NASAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRAÑO EN EL ORIFICIO NASAL.

Subjetivo: paciente en compañía de familiar quien refiere episodio gripa hace 20 días, acompañado de fiebre, tos seca, manejado con acetaminofen y jarabe para la tos, la cual resolvió hace 12 días, sin nueva sintomatología. diuresis y deposiciones presentes. refiere la madre presencia de disminución de movilidad de miembro inferior derecho, de manera ocasional, sin encontrar causa aparte.

Objetivo: paciente en aceptable estado general, en el momento con agitación psicomotora, anictérica, mucosa oral húmeda, torax no expansible, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos respiratorios conservados, sin sobreagregados, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpacion. Extremidades con temblor leve en miembro superiores, sin edema, llenado capilar menor a dos segundos.

Sin resultados nuevos

Análisis clínico y objetivos terapéuticos: se examina y no se evidencia limitaciones de movimientos ni tumefacciones por lo que se recomienda realización de rx de caderas para evaluar posible causas. paciente puede ser vacunada para la influenza, no tiene ningún tipo de contraindicación. madre refiere que debido a los síntomas esquizoideos bien que suministrarle dos tabletas de risperidona por un mg diariamente, por lo que se realiza formula por 180 tabletas para 23 meses.

Examen Físico:

Cabeza

Cráneo : Normal.

SIGNOS VITALES

Presión arterial (mmHg): 96/60, Presión arterial media(Mmhg): 72

Pulso(Pulsa/Min): 85

Frecuencia respiratoria(Respi/Min): 20

Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno

Temperatura(°C): 36.8

Plan de manejo: Risperidona 1 mg vo cada 12 horas por 3 meses.

rx de caderas.

Firmado Por: ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA - CONS NEUMOLOGIA - PEDIATRICA, Registro 32609373, CC 32609373

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: TI 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 15 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPSS<br>ENTIDAD<br>PROMOTORA DE<br>SALUD DEL |

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: 29/03/2017 10:29 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMON BOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR  
Nota de Ingreso Consulta Externa - Tratante - OTORRINOLARINGOLOGIA

Identificador de rol: Tratante Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta, Enfermedad Actual: PACIENTE DE 15 AÑOS CONOCIDA POR EL SERVICIO CON ANTECEDENTE DE HIPOXIA PERINATAL CON DEFICIT INTELECTUAL SEVERO. QUIEN CONSULTA POR RINORRUA UNILATERAL DE FOSA DERECHA DESDE HACE UN MES, ANTECEDENTE DE PREVIO OBJETO EXTRAÑO EN FOSA NASAL EXTRAIDO POR URGENCIAS, ACOMPAÑANTE O ES CLARA SI PUEDA EXISTIR CUERPO EXTRAÑO.  
En resultados nuevos

Examen Físico:

Atención

Examen: CUERPO EXTRAÑO EN FOSA NASAL DERECHA, SE REALIZA EXTRACCION SIN COMPLICACION

Diagnósticos activos después de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL.

Plan de Manejo: PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR RINORRUA UNILATERAL EN FOSA DERECHA DE 1 MES DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA CUERPO EXTRAÑO EN FOSA NASAL DERECHA EL CUAL SE HACE EXTRACCION SIN COMPLICACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE ASEO NASAL.

Firmado Por: FELIX HERNANDO BECERRA CAMARGO, OTORRINOLARINGOLOGIA, Registro 7227149, CC 7227149

HOSPITAL SIMON BOLIVAR  
E.S.E.  
Dr. Felix Becerra Camargo  
Otorrinolaringólogo  
RM 7227149 / 3408

2018

CU  
PEI  
CO  
RE

CLI

DIR

CIL

C

FARMAPRECIOS DROGUERIAS  
FARMAPRECIOS DROGUERIAS 4

Nit:80.467.663-9

CALLE 5 N. 3 - 78

Telefono: 8589089 3138249839

FACTURA DE VENTA No.: 4220801

Fecha: 03/18/2018 Hora: 13:29

Cajero: caja01 Caja: 01

Vendedores: 28 JOSE TRINIDAD RUIZ RUIZ

| Codigo | Articulo       | Iv | Cant | Total  |
|--------|----------------|----|------|--------|
| 10044  | ENSURE PO 00 U |    | 1    | 40,500 |

| IVA % | VR.BASE | VR.IVA | TOTAL  |
|-------|---------|--------|--------|
| 0.00  | 40,500  | 0      | 40,500 |

| ITEMS:        |    |        |  |
|---------------|----|--------|--|
| 1 01 EFECTIVO | \$ | 50,500 |  |
| CAMBIO        | \$ | 10,000 |  |

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION  
18762006831832 DE 2018/02/08  
HABILITACION DE FACTURACION  
DEL 212714 AL 500000

Software TECNOLOGY.COM SAS N:900364130-6  
Tel:7031414-3135099238 Bogota-Colombia

3118

VR. TOTAL

5.000

TOTAL \$ 100.000

FIRMA Y SELLO

*[Signature]*  
CC. 5262265134

|                           |      |           |     |           |           |
|---------------------------|------|-----------|-----|-----------|-----------|
| DIA                       |      | MES       |     | AÑO       |           |
| 23                        |      | 03        |     | 2018      |           |
| Nombre: MADRE NATURAL     |      |           |     |           |           |
| Dirección: NIT 79944931-0 |      |           |     |           |           |
| CANT.                     | 11.5 | ARTICULOS | 527 | Vr. Unit. | Vr. TOTAL |
| 01                        |      | Fucalimed |     |           |           |
|                           |      | Jaraso    |     |           |           |
|                           |      |           |     | alos/18   |           |
|                           |      |           |     |           | 5500      |
| TOTAL \$                  |      |           |     |           |           |

ESTA FACTURA DE VENTA DE AGUJA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA  
LETRA DE CAMBIO SEGUN LEY 1071 DE JULIO 17 DE 2008 ART. 772 DEL C. DE C.

FARMAPRECIOS DROGUERIAS  
FARMAPRECIOS DROGUERIAS 6

Nit:80.467.663-9

CALLE 2 N. 5 - 14 VILLAPINZON

Telefono: 3124354748

FACTURA DE VENTA No.: FP93447

Fecha: 05/18/2018 Hora: 12:04

Cajero: caja01 Caja: 01

Vendedores: 15 JOHANNA GERALDIN CAMARGO

| Codigo | Articulo       | Iv | Cant | Total  |
|--------|----------------|----|------|--------|
| 10044  | ENSURE PO 00 U |    | 1    | 40,500 |

| IVA % | VR.BASE | VR.IVA | TOTAL  |
|-------|---------|--------|--------|
| 0.00  | 40,500  | 0      | 40,500 |

| ITEMS:        |    |        |  |
|---------------|----|--------|--|
| 1 01 EFECTIVO | \$ | 40,500 |  |
| CAMBIO        | \$ | 0      |  |

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION  
18762006831832 DE 2018/02/08  
HABILITACION DE FACTURACION  
DEL 1 AL 500000

Software TECNOLOGY.COM SAS N:900364130-6  
Tel:7031414-3135099238 Bogota-Colombia

CUENTA DE COBRO  
PEDIDO  
COTIZACIÓN  
REMISIÓN

No.

CLIENTE

DIRECCIÓN

CIUDAD

Forma de Pago

Teléfono

Vendedor

CANT.

DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO

VR. UNIT.

VR. TOTAL

4

pacas x30

25.000

100.000

TOTAL \$

100.000

FIRMA Y SELLO

*[Signature]*  
CC. 52622651

**COL SUBSIDIO**  
PORTAL DEL NORTE

\*AGENTE RETENEDOR DE IVA\*

NIT 860 007 336-1

Código

Descripción

Valor

498503 VIGAMOX SOL OFT 5M PC 72.750 F  
TOTAL --> \$ 72.750  
DEBT RED MULTICOL 72.750  
NUMERO CUENTA \*\*7393  
Recibo: 002212 RRN-004376 Apro: 538535  
V ELECTRONAH

CAMBIO

0

NUMERO DE BOLSAS:

0

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA  
F=00% 72.750 72.750 0

TOTAL IMPUESTOS

COMPRA BASE/IMP. IMP  
72.750 72.750 0

FACTURA: VENTA 0717 0000483595  
RANGO 00430489-01000000

Resol 310000094724 de Jul 08/2016  
Sumas Autorretenedores

Resolución 00220 19 enero/2 004

TOTAL ART VENDIDOS - 1

ATENDIDO POR: YURI RODRIGUEZ  
17/Ene/2018 07 19 3500 17 0003 1078370

ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

**\*\*BONO TEXTO\*PASION POR LAS JOYAS\***

OR HABER REALIZADO COMPRAS SUPERIORES  
A \$20.000 EN TODO EL PORTAFOLIO DEL  
SUPERMERCADO

LLEVA UN KIT DE JOYAS CON EL 30%DC  
(APLICA REFERENCIAS SELECCIONADAS)

PRESENTA ESTE BONO TEXTO  
EN EL PUNTO DE INFORMACION

Autorizo para recibir informacion via  
E-mail y/o Celular: SI NO

por favor diligenciar en letra Clara:  
Nombre

Afiliado si no

reccion  
el

IGENCIA: 05 AL 31 DE ENERO DE 2018 o  
HASTA AGOTAR EXISTENCIAS

VALIDO UNICAMENTE EN SUPERMERCADOS  
SELECCIONADOS

Aplica condiciones y restricciones  
COLSUBSIDIO

CON TODO LO QUE TE MERECE

TOTAL \$ 140000,

Firma:

UTOPERA

0118

ono

edor

NIT.

VR. TOTAL

500 98.000

18.000

REGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
BOGOTA

DA DE SERVICIOS DE S

CITA Nro. 183398-6

Fecha Doc.: 2018/01/31

Id.: TI 1000573183

SUBSIDIADO

Nivel Soc.: SISBEN 1

DIAI Plan

694 GARCIA ARIAS ANA LUISA

SB CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR

:00 a.m.

| Valor Unitario | Cant. | Total     |
|----------------|-------|-----------|
| 23,400.00      | 1     | 23,400.00 |

22 02 18

Teléfono

Vendedor

R. UNIT.

VR. TOTAL

25.000

TOTAL

CC-52622651

*Scanned by TapScanner*

[illegible]

COPIA DE VENTA No. 586603  
Autorizada por el Director de Registro y Catastro  
del 18/09/2012 a las 09:55 Sep 9 2012 del 11  
09:55 a 09:55

**EXPOSICION**  
**MOSTRADOR**  
 Fecha: 1945 Cajero: Vendedor:  
 No. 108 1945 0 JORSEL 111100  
 1945 1945 PEREZ 150 ML.  
 1945 1945 10. 16700

|               |           |
|---------------|-----------|
|               | \$ 8 700  |
| Less: Total   | \$ 0      |
| Expenses      | \$ 8 700  |
| Total Factors | \$ 10 000 |
| Expenses      | \$ 1 300  |
| Exp           | \$ 0      |
| Exp           | \$ 8 700  |
| Exp           | \$ 0      |
| Exp           | \$ 0      |

|                                          |  |                                   |  |                                         |  |                                 |  |
|------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| Cuenta de Cobro <input type="checkbox"/> |  | Remisión <input type="checkbox"/> |  | Recibo de Pago <input type="checkbox"/> |  | Pedido <input type="checkbox"/> |  |
| Vendido a <u>Martha Ramirez</u>          |  |                                   |  | Fecha <u>15-07-18</u>                   |  |                                 |  |
| Dirección <u>Calle S. N. 3-44</u>        |  |                                   |  | NIT                                     |  |                                 |  |
| Ciudad <u>Villapinzón</u>                |  | Teléfono                          |  | Vendedor                                |  |                                 |  |

[illegible]

2018

| DESCRIPTION | QUANTITY | UNIT PRICE | TOTAL  |
|-------------|----------|------------|--------|
| BASE GRAVEL | 100.00   | 2.00       | 200.00 |
| BASE GRAVEL | 200.00   | 2.00       | 400.00 |
| BASE GRAVEL | 50.00    | 2.00       | 100.00 |
| TOTAL       |          |            | 700.00 |

ajaja AJA-SANTAFE

*Scanned by TapScanner*



2018

| <b>COMPROBANTE DE VENTA</b> |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| <b>VENDEDOR</b>             | ( 122026 )<br>D M A |
| <b>VENDIDO A:</b>           |                     |
| <b>DIRECCION:</b>           | <b>CIUDAD:</b>      |
| CANT.                       | VALOR TOTAL         |
| 4                           | SLIP. 47000         |
|                             |                     |
|                             |                     |
|                             |                     |
|                             |                     |
|                             |                     |
|                             |                     |
|                             |                     |
|                             |                     |
|                             |                     |
| TOTAL S 188.000.            |                     |
| Firma: _____                |                     |

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

PROCEA S.A.S.  
 C.R.C. # 11856-1  
 900-999-236-1  
 900-999-150-4  
 900-999-150-4

No.

[illegible]

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: TI 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 17 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CONSULTA EXTERNA                    |                                                                         |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |
| Cama:                                          |                                                                         |

Página 1 de 1

**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: 30/04/2018 15:17 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA - Servicio: Consulta Externa Especializada

Evolucion Consulta Externa - Evolución - CONS OFTALMOLOGIA - RETINA

Paciente Paciente Crónico, de 16 Años, Género FEMENINO

Diagnósticos activos antes de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, OTRAS ENDOFTALMITIS.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL.

Subjetivo: Control  
Paciente con antecedente con antecedente de cuadro de endoftalmítis del Oi manjada hospitalariamente, asiste a control La madre reporta que emplea ocasionalmente antibiotico topico

Objetivo: Exmane de muy difícil realizacion por la condicion de la paciente, OD atranquilo, ornea cara CA frmada, pupila central Oi hiperemai conjuntival cornea clara Ca formada no se logra evaluar detalles.

Plan de manejo: Paciente con pérdida funcional del Oi por cuadro infecciosos controlado, quien asiste a control, se informa a la madre estado actual se da instrucción de control en 6 a 8 meses

Firmado Por: SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA, Registro 19393039, CC 19393039

**ÓRDENES MÉDICAS**

Ambulatoria/Externa - CITA CONTROL

30/04/2018 15:25

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - 890376-3

8 Meses

CONS OFTALMOLOGIA - ADULTO

ADRIANA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

Estado: ORDENADO

Dr(a). ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA

16-08-2

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

| DATOS DEL PACIENTE                                                                |  |                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con TI-1000573183       |  |                                                                         |                                |
| Edad y Género:                                                                    |  | 17 Años, Femenino                                                       |                                |
| Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO                                      |  | Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO |                                |
| Servicio/Ubicación: Consulta Externa Especializada/CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR |  | Habitación:                                                             | Identificador Único: 2770323-1 |

Diagnóstico: F601: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

| CITA CONTROL EGRESO |                                                                                                        |                                                                         |                                         |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Fecha de Inicio     | Descripción                                                                                            | Especificaciones                                                        | Justificación / Observaciones           |
| 16/08/2018 11:02    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA - 890375-3, En: 3 Meses | Especialidad: ATENCION USUARIO<br>Causa: Condición Clínica Del Paciente | control en 3 meses / control en 3 meses |

**ANA L. GARCIA ARIAS**  
PEDIATRÍA - NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA  
Registro Médico 359734  
C.C. 32609373  
MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS  
PACIENTES CRÓNICOS

MEDICO QUE ORDENA

ordenado Por: ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA, CC: 32609373, Reg: 32609373

ordenado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMONBOLIVAR

Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Telefono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

# URGENCIAS

Version: 1

INDICES DE TRIAJE - Escala de Gravedad de Lesiones

| MINUTERÍA CUADRO    | Gravemente 4                        | Medio 3                             | Levemente 2                         | Leve 1                              |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. CONCIENCIA       | Conciencia Alterada 1               | Conciencia Alterada 2               | Conciencia Alterada 3               | Conciencia Alterada 4               |
| 2. PULSO            | Pulso Faltante o < 40 latidos/min 1 | Pulso Faltante o < 40 latidos/min 2 | Pulso Faltante o < 40 latidos/min 3 | Pulso Faltante o < 40 latidos/min 4 |
| 3. PRESIÓN ARTERIAL | Presión Arterial < 90/60 mmHg 1     | Presión Arterial < 90/60 mmHg 2     | Presión Arterial < 90/60 mmHg 3     | Presión Arterial < 90/60 mmHg 4     |
| 4. TEMPERATURA      | Temperatura < 35.5 °C 1             | Temperatura < 35.5 °C 2             | Temperatura < 35.5 °C 3             | Temperatura < 35.5 °C 4             |
| 5. TIPO DE LESIÓN   | Total 5 Puntos                      | Total 4 Puntos                      | Total 3 Puntos                      | Total 2 Puntos                      |

**A. VÍA AEREA**

Obstrucción ☐ Signos de Trauma ☐

Via Aerea ☐ Obstrucción por ☐

**B. RESPIRACIÓN**

Normal ☐ Anormal ☐

**C. CIRCULACIÓN**

Piel / Mucosas ☐ Rosada ☐ Pálida ☐ Cianótica ☐ Seca ☐ Humeda ☐

Pulso ☐ Normal ☐ Débil ☐ Ausente ☐ Rápido ☐ Lento ☐

Temperatura Piel ☐ Normal ☐ Alta ☐ Baja ☐

Temperatura Axilar ☐ Normal ☐ Alta ☐ Baja ☐

**D. DÉFICIT NEUROLÓGICO**

Estado de Conciencia ☐ Alerta ☐ Somnoliento ☐ No responde ☐

Reflejos de Tórax Central ☐ Presentes ☐ Ausentes ☐

1. LACERACIÓN 2. HEMATOMA 3. EQUIMOSIS 4. HEMATOMA 5. LACERACIÓN 6. HEMATOMA 7. HEMATOMA

8. HEMATOMA 9. HEMATOMA 10. HEMATOMA 11. HEMATOMA 12. HEMATOMA 13. HEMATOMA

**SITIO DE LESIÓN**

ANTERIOR POSTERIOR

1. Obstrucción en vía aerea derecha. Déficit vital superior.

2. Hemia peritoneal.

3. Hemia peritoneal.

4. Obstrucción en vía aerea derecha. No vital se le a cel.

INTERPRETACIÓN DE AYUDAS DE

Nombre Médico

ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO

CONDUCTA

INTERPRETACIÓN DE AYUDAS DE

Nombre Médico

ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO

CONDUCTA

INTERPRETACIÓN DE AYUDAS DE

Nombre Médico

ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO

CONDUCTA

INTERPRETACIÓN DE AYUDAS DE

Nombre Médico

30-04-2018

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: TI 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 17 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CLL 165 N° 7-06 SIMON BOLIVAR       | Cama:                                                                   |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |

Página 1 de 1

Fecha: 30/04/2018 15:17 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA - Servicio: Consulta Externa Especializada

Evolucion Consulta Externa - Evolución - CONS OFTALMOLOGIA - RETINA

Paciente Paciente Crónico, de 16 Años, Género FEMENINO

Diagnósticos activos antes de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, OTRAS ENDOFTALMITIS.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL.

Subjetivo: Control

Paciente con antecedente con antecedente de cuadro de endoftalmitis del Oi manjada hospitalariamente, asiste a control La madre reporta que emplea ocasionalmente antibiotico topico.

Objetivo: Exmane de muy dificil realizacion por la condicion de la paciente, OD atranquilo, ornea cara CA frmada, pupila central Oi hiperemai conjuntival cornea clara Ca formada no se logra evaluar detalles.

Plan de manejo: Paciente con perdida funcional del Oi por cuadro infeccioso controlado, quien asiste a control, se informa a la madre estado actual se da instruccion de control en 6 a 8 meses

Firmado Por: SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA, Registro 19393039, CC 19393039

#### ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - CITA CONTROL

30/04/2018 15:25

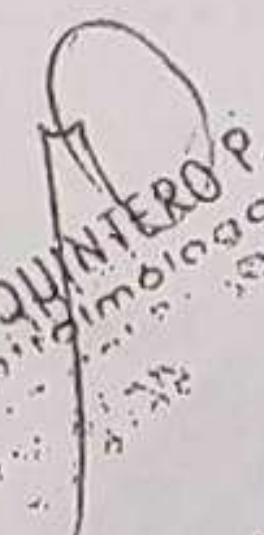
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - 890376-3

8 Meses

CONS OFTALMOLOGIA - ADULTO

ADRIANA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

Estado: ORDENADO

  
DR. SERGIO QUINTERO P.  
Oftalmólogo  
C.C. 19393039

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: TI 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 16 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR      | Cama:                                                                   |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |

**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: 11/01/2018 10:26 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR  
- Servicio: Consulta Externa Especializada  
Evolución Consulta Externa - Evolución - CONS OFTALMOLOGIA - RETINA  
Paciente Paciente Crónico, de 16 Años, Género FEMENINO  
Diagnósticos activos antes de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, OTRAS ENDOFTALMITIS.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL.

Subjetivo: Paciente con diagnosticos:

1. Secuelas de endoftalmitis OI
2. Absceso conjuntival OI

Asiste a control. En tratamiento con vigamox.

Objetivo: AV no valorabl

Exmen de difícil realización opor agrsividad, no obstante se aprecia hiperemai conjuntioval leve, no hay coleccion purulnt, corna clara C formad, NO HIPOPION SCLUSION PUPILAR.

Plan de manejo: Idx: Idem

Analisis/Plan: en el momento sin datos de infeccion intraocular o conjuntival. Se indica tobramicina + dexametasona 1 gota c/12 h en oi hasta acabar. Control en 2 meses.

Firmado Por: SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA, Registro 19393039, CC 19393039

**ÓRDENES MÉDICAS**

Ambulatoria/Externa - CITA CONTROL

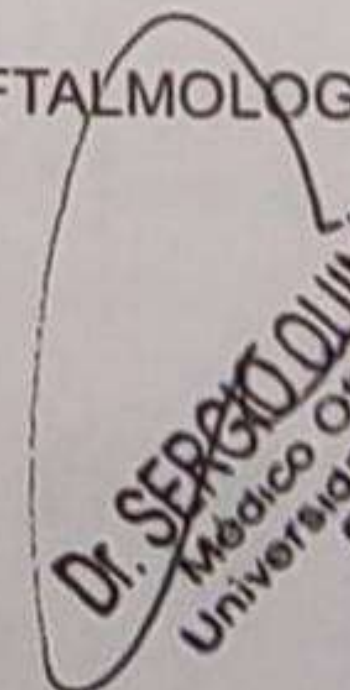
11/01/2018 10:30

890376-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

2 Meses

OFTALMOLOGIA-SEGMENTO ANTERIOR

Estado: ORDENADO

  
Dr. SERGIO QUINTERO P.  
Médico Oftalmólogo  
Universidad del Rosario  
RM 0700



Fecha y Hora de Solicitud: 16/11/2018 10:54

Consecutivo: LA-1581478

16-2018

Subsidiado Contratación de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

| DATOS DEL PACIENTE                                                          |  |                                                                      |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con TI-1000573183 |  |                                                                      |                                |
| Edad y Género:                                                              |  | 17 Años, Femenino                                                    |                                |
| Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO                                |  | Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S PYD |                                |
| Servicio/Ubicación: Consulta Externa Especializada/CONSULTA EXTERNA         |  | Habitación:                                                          | Identificador Único: 2770323-1 |

Diagnóstico: A09X: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

| LABORATORIO CLINICO |                                                                                                      |                  |          |                                                |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|------------------------------------------------|
| Fecha Inicio        | Descripción                                                                                          | Especificaciones | Cantidad | Datos Clínicos / Justificación / Observaciones |
| 16/11/2018 10:54    | COPROSCOPICO - 907004-3                                                                              |                  | 1        |                                                |
| 16/11/2018 10:54    | HEMOGRAMA IV<br>(HEMOGLOBINA HEMATOCRITO<br>RECuento DE ERITROCITOS<br>INDICES ERITROCITA - 902210-3 |                  | 1        |                                                |
| 16/11/2018 10:54    | UROANALISIS - 907106-3                                                                               |                  | 1        |                                                |

Juan Carlos Gómez B.  
Médico y Cirujano General  
R.M. 1.014.227.742  
F.U.J.N.C.

Firmado Por: JUAN CARLOS GOMEZ BAUTISTA, CONS MEDICINA GENERAL, CC: 1014227742, Reg: 1014227742

Firmado Electrónicamente

039-CAPS VERBENAL

Dirección: Car 18 A Nº 187 - 91 - Teléfono: 3499080 BOGOTA - 57 - Web:

Fecha y Hora de Solicitudo: 30/04/2018 15:25

Consecutivo: CI-821704

Pag 1/1

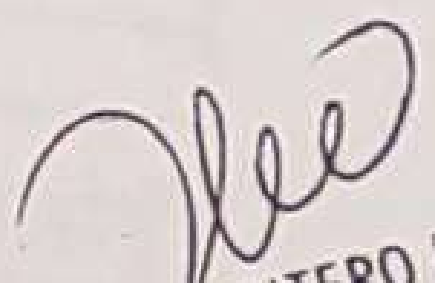
30-4-2018

Norte E.S.E.

| DATOS DEL PACIENTE                                                          |  |                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con TI-1000573183 |  |                                                                         |                                |
| Edad y Género:                                                              |  | 17 Años, Femenino                                                       |                                |
| Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO                                |  | Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO |                                |
| Servicio/Ubicación: Consulta Externa Especializada/CONSULTA EXTERNA         |  | Habitación:                                                             | Identificador Único: 2770323-1 |

Diagnóstico: H441: OTRAS ENDOFTALMITIS

| CITA CONTROL EGRESO |                                                                                           |                                        |                               |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| Fecha de Inicio     | Descripción                                                                               | Especificaciones                       | Justificación / Observaciones |
| 30/04/2018 15:24    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - 890376-3, En: 8 Meses | Especialidad: CONS OFTALMOLOGIA ADULTO |                               |

  
Dr. SERGIO QUINTERO P.  
Médico Oftalmólogo  
Universidad de los Andes  
RM 6749

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA, CC: 19393039, Reg: 19393039

Firmado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMONBOLIVAR  
Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Telefono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

**NOTA: EL ASPECTO ORIGINARIO DEBE ESTAR EN NOCREATIVIDAD VIGENTE SEGUN LA LEY COLOMBIANA.**

Dirección: Car 18 A N° 187 - 91  
Teléfono: 3499080  
Email:  
Nit: 900971006-4

FACTURA DE VENTA  
No. 44098340

- Página 1 de 1

|                                                                       |                                             |                                  |                        |           |                                           |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Responsable pago<br>CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO |                                             |                                  |                        |           | NIT./ Identificación<br>900298372-9       | Ciudad<br>BOGOTÁ D.C                          |
| Dirección:<br>CALLE 77 N 12A - 35 PISO 5                              |                                             |                                  | Teléfono<br>3265410    |           | Fecha Factura<br>aaaa/mm/dd<br>2018/08/14 | Fecha Vencimiento<br>aaaa/mm/dd<br>2018/09/13 |
| Paciente<br>ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ                             |                                             |                                  | Teléfono<br>3112461504 |           | Identificación<br>TI 1000573183           | Ciudad Residencia<br>BOGOTÁ D.C               |
| Fecha de Ingreso<br>aaaa/mm/dd<br>2018/08/14                          | Fecha de Egreso<br>aaaa/mm/dd<br>2018/08/14 | Consecutivo Interno<br>2770323/1 | Documento<br>03 82442  | Días<br>0 | Autorización<br>19589G1803172416          | Póliza<br>1000573183                          |

| CODIGO | DESCRIPCION                                                                    | CANTIDAD | VLR.UNITARIO | VALOR  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|--------|
| 890375 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA | 1.00     | 33,830.00    | 33,830 |

OBSERVACIONES:

Valor en Letras: TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS CON 00/100 M/CTE

|               |           |
|---------------|-----------|
| SUBTOTAL      | 33,830.00 |
| IVA           | 0         |
| DESCUENTOS    | 0.00      |
| COP O CUO/MOD | 0.00      |
| OTROS ABONOS  | 0.00      |
| NETO A PAGAR  | 33,830.00 |

Equivalencia Otra Moneda:

FIRMA Y CEDULA PACIENTE O ACOMPAÑANTE

ELABORADOR POR

MARIA NIDIA SANCHEZ AROS

Fuente: 01 Fecha y hora elaboración: 2018/08/14 18:55 Usuario: msancheza Cayfac 10.1.74

ORIGINAL



capital

AUTORIZACION DE SERVICIOS

No. 20547541

Numero de Autorización: 19589G1807695404

Fecha y Hora: 17/11/2018 10:04

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre; CAPITAL SALUD EPS-S

Codigo: 9

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre; SUBRED INT DE SERVICIO DE SALUD NORNIT; 900971006 Codigo:

Direccion; CALLE 66 NO 15-41

Telefono: 4431790-3078181

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento; TARJETA DE IDENTIDAD

Documento: T 1000573183

Nombre; ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

Fecha de Nacimiento: 23/04/2001

Direccion; CL 185 A BIS 8 C 12

Telefono: 6792788

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

Telefono Celular;

Email:

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AUTORIZACION

Regimen: PG Subsidiado

Motivo;

Fecha Vencimiento: 16 5 2019

Diagnostico; F601

Nap Anterior: 19589G1807695383

Ubicacion del Paciente; Ambulatorio

Origen del servicio: ENFG

Servicio;

Cama:

SERVICIOS AUTORIZADOS

CANT.

DETALLE

1 ce-consulta md especializada-neurologia pediatria control- (890375) - [SOAT VIGENTE 39143]

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje Cobertura: 100

Semanas Cotizadas: 100

Tipo de Recaudo:

Valor: 0

Porcentaje: 0

Valor maximo: 0

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA Y LA SOLICITUD

Manejo Integral segun Guia:

Ciudad: BOGOTA - CUNDINAMARC

No. Solicitud:

Fecha Solicitud: 17/11/2018 08:08

Nombre quien autoriza: lulsmg

Nombre Ips: SUBRED INT DE SERVICIO D

Dir. Ips : CALLE 66 NO 15-41

Telefono y/o Celular: -

Cargo:

Acepta remision: SUBRED INT DE SERVIC

OBSERVACIONES

SÓLO PARA ÓRDENES DE COMPRA DE SERVICIOS

CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. asumirá la cobertura económica del procedimiento si hiciera parte de la atención inicial de urgencias. En caso contrario dará cobertura de acuerdo al periodo mínimo de cotización establecido para el procedimiento. En caso de que el usuario manifiesta no tener capacidad de pago deberá acogerse a lo establecido por el Decreto 806, cap. VII, Art 61. Parágrafo: "Cuando el afiliado no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente en observaciones y acredite debidamente esta situación debe ser atendido por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o aquellas privadas en las que el Estado tenga contrato. Estas entidades cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes". Esta orden de compra de servicios es válida sólo para el procedimiento aquí detallado y cualquier procedimiento adicional deberá ser autorizado por CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. La presente orden sujeta a verificación de pertenencia por Auditoría Médica.

capital salud  
AUTORIZACIONES  
PAUSE  
Firma Usuario

Las órdenes de compra de servicios dadas hacen parte de los soportes para el cobro de la cuenta a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.  
Línea gratuita de Atención al Cliente 01 8000 122219 y Línea Total Bogotá 3389760.

Fecha y Hora de Solicitud:

13/03/2019 14:23

Consecutivo:

CI-2032398

Pag 1/1

Dr(a). SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA

DATOS DEL PACIENTE

Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con Ti-1000573183

Edad y Género: 17 Años, Femenino

Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO

Nombre de la Entidad:

CAPITAL SALUD EPS REGIMEN  
SUBSIDIADO S.A.S MODELO

Servicio/Ubicación: Consulta Externa  
Especializada/CONSULTA EXTERNA  
SIMON BOLIVAR

Habitación:

Identificador Único: 2770323-1

Registros: H6621: OTRAS ENDOFTALMITIS

CITA CONTROL EGRESO

| Fecha de Inicio  | Descripción                                                                                   | Especificaciones | Justificación / Observaciones |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|
| 13/03/2019 14:23 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - 690376-3, En: 8 Meses |                  |                               |

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA, CC: 19393039, Reg: 19393039

Firmado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMONBOLIVAR

Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Teléfono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

Dr. Sergio Quintero  
Médico Oftalmólogo  
Instituto del Color  
RM 3708



HOSPITAL  
SIMÓN BOLÍVAR ESE  
III NIVEL

## SOLICITUD DE SALAS DE CIRUGÍA

### SALAS DE CIRUGÍA

Página: 1 de 1

Código: FO-324-003

Versión: 2

Nº PETICIÓN

FECHA SOLICITUD

☐ HOSPITALIZADO

CAMA

IDENTIFICACIÓN

C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D

D 18 M NV A 19

☐ AMBULATORIO

Nº 6X05246

### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES

Frika Peonaza Ramirez

EDAD

SEXO

TELÉFONO

CLASE USUARIO

Nº CARNÉ / PÓLIZA / CONTRATO

M ☐

F ☒

6792786

### DATOS DE LA CIRUGÍA

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN

CÓDIGO

INTERVENCIÓN

☐

URGENTE

☐

PROGRAMADA

FECHA CIRUGÍA

15 06 19

HORA CIRUGÍA

DURACIÓN APROX.

DIAGNÓSTICO

Glaucoma congenito ojo

CÓDIGO

TIPO DE ANESTESIA

NOMBRE DE LOS CIRUJANOS / AYUDANTES

CÓDIGO

ESPECIALIDAD

General

Dra Moncada

MATERIAL ESPECIAL SI ☐

NO ☐

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR ESE III NIVEL  
DIVISIÓN DE CIRUGÍA

Fecha  
Aseg.

Dra. ANA LUCIA GOMEZ CASTILLO  
OFTALMOLOGIA H.S.B.

MÉDICO SOLICITANTE

R.M. 12792-07

CÓDIGO

FIRMA

Nombre de quien autoriza

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil  
NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncia

"Humanización y Calidad a tu Servicio"



|                                                                                   |                                                  |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
|  | ORDEN DE SOLICITUD DE SERVICIOS                  | CÓDIGO: M-GS-F-36-01 |
|                                                                                   |                                                  | VERSIÓN: 1           |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE | PÁGINA: 1 DE 1       |
|                                                                                   | GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES                  | FECHA: 26/03/2018    |

IDENTIFICACIÓN

No. 100 057318301 DE 01 DE agosto DE 2018  
Pedro Erice  
 1er APELLIDO 2do. APELLIDO HOMBRERES

UNIDAD \_\_\_\_\_

1er APELLIDO 2do. APELLIDO HOMBRERES

EDAD

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ Urgente ☐ 1 AMB. ☐ 2URG. ☐ 3 HOSP. ☐

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Código cie 10, no utilizar siglas)

0800

CONDICIÓN DE USUARIO:

Antecedente 1er Trimestre 1

☐

2da. Trimestre 2

☐

3er Trimestre 3

☐

4to. Trimestre 4

☐

SERVICIO SOLICITADO

SS Medicina familiar

153

ANAL GARCÍA ARIAS  
PERUANA  
PSICÓLOGA

NOMBRE

CODIGO

FIRMA

1. Llenar todos los datos completos en forma clara y legible
2. No se aceptan errores en el nombre, firma y registro médico.
3. Usar la cédula URGENTE sólo en casos críticos.
4. Para ingresar laboratorios, Banco de Sangre, Procedimientos, etc.

NOTA: EL CONJUNTO DE DOCUMENTOS DEBE ESTAR EN

CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - CE. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil

HUIP. Número Único de Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio.

|                                                                                   |                                                                                     |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|  | ORDEN DE SOLICITUD DE SERVICIOS                                                     | CÓDIGO MI-GS-F-36-01 |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE<br>GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES | VERSIÓN: 1           |
|                                                                                   |                                                                                     | PÁGINA 1 DE 1        |
|                                                                                   |                                                                                     | FECHA: 26/03/2018    |

IDENTIFICACIÓN

No. 100 0573183 01 DE 04 DE 2019

Pe. Cruz Enku

1er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES

UNIDAD \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

|                                                          |      |         |        |       |         |
|----------------------------------------------------------|------|---------|--------|-------|---------|
| SERVICIO                                                 | CAMA | Urgente | 1 AMB. | 2URG. | 3 HOSP. |
| IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Código de 10, no utilizar siglas) |      |         |        |       |         |

CONDICIÓN DE USUARIO:

Enfermedad por Transmisión

☐

2da. Transmisión

☐

3ra. Transmisión

☐

4ta. Transmisión

☐

| SERVICIO SOLICITADO                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <p>S → <u>Odontólogo</u></p> <p><u>ANAL. GARCÍA</u></p> <p><u>PE. GARCÍA</u></p> |

NOMBRE \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

1. Usar todos los datos completos en forma clara y legible.
2. No se aceptan nombres sin nombre, firma y registro médico.
3. Usar la cédula MIGSHE solo en casos críticos.
4. Para solicitar servicios, Banco de Sangre, Procedimientos, etc.

NOTA: EL COMITÉ DE DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN

CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - CE. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil

HUIP- Número Único de Identificación Personal - MG Menor sin identificación - AS Adulto sin identificación - D Denuncia





capitalsalud

eps-s

AUTORIZACION DE SERVICIOS

No.

748666

Numero de Autorización 19589G1905477052

Fecha y Hora: 24/08/2019 11:07

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre; CAPITAL SALUD EPS-S

Código: 9

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre; SUBRED INT DE SERVICIO DE SALUD NOFNI; 900971006 Código:

Dirección; CALLE 86 NO 15-41

Teléfono: 4431790-3078181

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento; CEDULA DE CIUDADANIA

Documento: C 1000573183

Nombre; ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ

Fecha de Nacimiento: 23/04/2001

Dirección; CL 188 20 11

Teléfono: 3195623328

Departamento; BOGOTA

Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

Teléfono Celular;

Email:

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AUTORIZACION

Regimen: PG Subsidado

Motivo;

Fecha Vencimiento: 20 2 2020

Diagnostico; G800

Nap Anterior: 19589G1905477019

Ubicación del Paciente; Ambulatorio

Origen del servicio: ENFG

Servicio;

Cama:

SERVICIOS AUTORIZADOS

CANT.

DETALLE

1 ce-consulta md especializada-especialista medicina familiar - (cups 890263) -  
[SOAT VIGENTE 36100]

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje Cobertura: 100

Semanas Cotizadas: 100

Tipo de Recaudo:

Valor: 0

Porcentaje: 0

Valor maximo: 0

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA Y LA SOLICITUD

Manejo Integral segun Guía:

Ciudad:

No. Solicitud:

Fecha Solicitud: 24/08/2019 09:50

Nombre quien autoriza: Jessicapm

Nombre Ips:

Dir. Ips :

Teléfono y/o Celular: -

Cargo:

Acepta remision: SUBRED'INT DE SERVIC

OBSERVACIONES

SOLO PARA ORDENES DE COMPRA DE SERVICIOS

CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. asumirá la cobertura económica del procedimiento si hiciere parte de la atención inicial de urgencias. En caso contrario dará cobertura de acuerdo al período mínimo de cotización establecido para el procedimiento. En caso de que el usuario manifieste no tener capacidad de pago deberá acogerse a lo establecido por el Decreto 808, cap. VI, Art 51. ~~Parágrafo. Cuando el afiliado no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente en observaciones y acredite debidamente esta situación debe ser atendido por las instituciones públicas y privadas de salud o aseguradoras privadas en las que el Estado tenga contrato. Estas entidades cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes. Esta orden de compra de servicios es válida solo para el procedimiento aquí detallado y cualquier procedimiento adicional deberá ser autorizado por CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. Autorización sujeta a verificación de pertenencia por Atención Médica.~~

Firma CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.

Firma Usuario

Las órdenes de compra de servicios dadas hacen parte de los soportes para el cobro de la cuenta a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.  
Línea gratuita de Atención al Cliente 01 8000 122219 y Línea Total Bogotá 485 46 66.

Fecha y Hora de Solicitud:

13/02/2019 09:15

Consecutivo: CI-1899224

Pag 1/ 1

Dr(a). ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA

| DATOS DEL PACIENTE                                                                      |                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con TI-1000573183             |                                                                         |                                |
| Edad y Género: 17 Años, Femenino                                                        |                                                                         |                                |
| Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO                                            | Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO |                                |
| Servicio/Ubicación: Consulta Externa<br>Especializada/CONSULTA EXTERNA<br>SIMON BOLIVAR | Habitación:                                                             | Identificador Único: 2770323-1 |

Diagnóstico: F601: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

| CITA CONTROL EGRESO |                                                                                                        |                                                                         |                                                                            |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Inicio     | Descripción                                                                                            | Especificaciones                                                        | Justificación / Observaciones                                              |
| 13/02/2019 09:15    | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - 890250-3, En: 1 Meses          | Especialidad: ATENCION USUARIO<br>Causa: Condición Clínica Del Paciente | PACIENTE CON DISCAPACIDAD COGNITIVA / DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA        |
| 13/02/2019 09:15    | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA - 890204-3, En: 1 Meses                | Especialidad: ATENCION USUARIO<br>Causa: Condición Clínica Del Paciente | PACIENTE CONVALOARICON POR ODONTOLGOIA PEDIATRICA / ODONTOLOGIA PEDIATRICA |
| 13/02/2019 09:15    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA - 890384-3, En: 2 Meses           | Especialidad: ATENCION USUARIO<br>Causa: Condición Clínica Del Paciente | DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA / DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA              |
| 13/02/2019 09:15    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA - 890375-3, En: 3 Meses | Especialidad: ATENCION USUARIO<br>Causa: Condición Clínica Del Paciente | DISCAPACIDAD COGNITIVA / DISCAPACIDAD COGNITIVA                            |

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA, CC: 32609373, Reg: 32609373

Firmado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMON BOLIVAR

Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Telefono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

Dr(a). ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA

13-02-2019

## DATOS DEL PACIENTE

Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con TI-1000573183

Edad y Género: 17 Años, Femenina

Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO

Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN  
SUBSIDIADO S.A.S MODELOServicio/Ubicación: Consulta Externa  
Especializada/CONSULTA EXTERNA  
SIMON BOLIVAR

Habitación:

Identificador Único: 2770323-1

Diagnóstico: F601: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

## MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

| Fecha de Inicio  | Medicamento Generico                    | Justificación / Observaciones                                             | Posología                                              | Cantidad Solicitada (Numeros / Letras) |
|------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 13/02/2019 10:05 | VACUNA INFLUENZA<br>PEDIATRICA-MD1635-4 | sea uoriza vacunación. / paclenet<br>requerir vacunació por alto riesgo . | 1 AMPOLLA,<br>INTRAMUSCULAR, Ahora,<br>por DOSIS UNICA | 1                                      |

## MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA, CC: 32609373, Reg: 32609373

Firmado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMONBOLIVAR

Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Telefono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: TI 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 17 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR      | Cama:                                                                   |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |

Página 1 de 3

## NOTAS MÉDICAS

Fecha: 13/02/2019 08:59 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR  
- Servicio: Consulta Externa Especializada

Evolución Consulta Externa - Evolución - CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA

Paciente Paciente Crónico, de 17 Años, Género FEMENINO

Diagnósticos activos antes de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: OTRAS Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL

Subjetivo: NOMBRE ERIKA LILIANA PEDRAZA

FECHA NACIMIENTO: 23 DE ABRIL 2001

ASISTE CON LA MADRE MARTHA YOLANDA RAMIREZ

### DIAGNOSTICO:

1. HIPOXIA PERINATAL

ASISTEN A CONTROL PARA MEDICAMENTOS ROSPERIDONA 1 MG CADA 12 HORAS, LA MAMA REFIERE QUE EN OCASIONES SE ENCUENTRA IRRITABLE Y LA GOLPEA, SE RELACIONA CON MEDIO AMBIENTE, RECONOCE FAMILIARES Y PERSONAS CERCANAS, CAMINA CON AYUDA, NO OBEDECE ORDENES, NO DIFERENCIA ENTRE NO Y SI, TAMPOCO COLORES.

MADRE REFIERE QUE AUN SIGUE SIALORREA POR MEDICAMENTO

Objetivo: PESO 51 TALLA 14

Sin resultados nuevos

Análisis clínico y objetivos terapéuticos: PACIENET REQUEIER

1- VACUNACION PARA INFLUENZA

2- RISPERIDONA TABLETA X 1 MGS CADA 12 HORAS. -

3- GOTAS OFTALMIICAS. -

4- SE REMITE A PSIQUIATRIA GENERAL.

### Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico : PACIENTE DEAMBULANTE POR EL SERVICIO - SE COMUNCIA CN SONIDOS, EXPLORA. -.

### SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca(lat/min): 85

Pulso(pulsa/min): 85

Frecuencia respiratoria(respi/min): 20

Saturación de oxígeno: 90%

Temperatura(°C): 37

Escala del dolor: 0

Peso(kg): 51 Talla(cm): 145 Índice de masa corporal(kg/m2): 24. 26 Superficie corporal(m2): 1. 43

Plan de manejo: PACIENET REQUEIER

1- VACUNACION PARA INFLUENZA

2- RISPERIDONA TABLETA X 1 MGS CADA 12 HORAS. -

3- GOTAS OFTALMIICAS. -

4- SE REMITE A PSIQUIATRIA GENERAL.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 13/02/2019 09:22:05

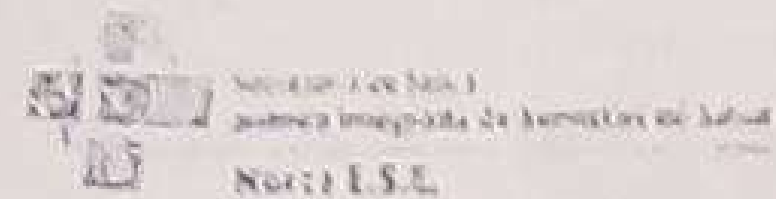
Fecha y Hora de Solicitud:

12/12/2019 06:51

Consecutivo

CI-3182362

12



| DATOS DEL PACIENTE                                                          |                                                                  |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Inentificado(a) con CC-1000573183 |                                                                  |                                        |
| Edad y Género:                                                              | 18 Años, Femenino                                                |                                        |
| Regimen/Tipo Paciente:                                                      | PARTICULAR/PARTICULAR                                            | Nombre de la Entidad: ERIKA PEDRAZA P/ |
| Servicio/Ubicación:                                                         | Consulta Externa Especializada/CR<br>18 A Nº187-91 CAPS VERGÉNAL | Habitación: Identificador Único:       |

Diagnóstico: H441: OTRAS ENDOFTALMITIS

| CITA CONTROL EGRESO |                                                                                               |                                       |                          |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Fecha de Inicio     | Descripción                                                                                   | Especificaciones                      | Justificación / Ot       |
| 12/12/2019 06:51    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA - 890374-3, En: 2 Semanas | Causa: Condición Clínica Del Paciente | Valoración y seguimiento |

SERGIO QUINT  
CONSULTA DE CONTROL  
12/12/2019 06:51

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por:

SERGIO QUINTERO PACHECO, CONS OFTALMOLOGIA - RETINA, CC: 19393039, Reg: 19393039

Firmado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMONBOLIVAR

Dirección: CLL 165 Nº 7-06 -Teléfono:34999080 BOGOTA - 57 - Web:



Fecha y Hora de Solicitud: 13/02/2019 09:19

Consecutivo: CE-1899232

Pag 1/1

Dr(a). ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA

## DATOS DEL PACIENTE

Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA. Identificado(a) con TI-1000573183

Edad y Género: 17 Años, Femenino

Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO

Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN  
SUBSIDIADO S.A.S MODELOServicio/Ubicación: Consulta Externa  
Especializada/CONSULTA EXTERNA  
SIMON BOLIVAR

Habitación:

Identificador Único: 2770323-1

Diagnóstico: F601: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

## CERTIFICADO MÉDICO

| Fecha Inicio     | Descripción        | Especificaciones | Cantidad | Datos Clínicos / Justificación / Observaciones                                                                                                                       |
|------------------|--------------------|------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/02/2019 09:19 | CERTIFICADO MEDICO |                  | 1        | PACIENTE CON DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA-<br>INDICE DE 80%- DEPENDIENTE EN TODAS LAS<br>ACTIVIDADES.- / SE EXPIDE PARA ELABORAR<br>PROCESOS DE TIPO INTERDICCION.- |

## MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: ANA LUISA GARCIA ARIAS, CONS NEUROLOGIA - PEDIATRICA, CC: 32609373, Reg: 32609373

Firmado Electrónicamente

024-ADMIN USS SIMONBOLIVAR

Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Teléfono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

SYSTEM INNOVATION POS SAS N:90122635-  
Tel:7435588-3135099238 Bogota-Colombia

COMPROBANTE DE VENTA  
VENDEDOR: 152020  
D M A  
VENDIDO A: Martha Ramirez  
DIRECCION: CIUDAD:  
CANT. ARTICULO VALOR TOTAL  
4 pñales Slip. 47000  
TOTAL S 188000  
Firma: LITOPEDIA

FARMAPRECIOS DROGUERIAS  
FARMAPRECIOS DROGUERIAS 4

Nit:80.467.663-9

CALLE 5 N. 3 - 78

Telefono: 8589089 3138249839

FACTURA DE VENTA No.: 4 308233

Fecha: 02/11/2020 Hora: 14:43

Cajero: caja01

Caja: 01

Vendedores: 77 WILLINTON ANTONIO CENCIO

| Codigo | Articulo       | Iv | Cant | Total  |
|--------|----------------|----|------|--------|
| 14656  | TENA BASI 19 U |    | 1    | 37,800 |

| IVA % | VR.BASE | VR.IVA | TOTAL  |
|-------|---------|--------|--------|
| 19.00 | 31,765  | 6,035  | 37,800 |

TOTAL FACTURA: 37,800

| ITEMS:        |    |        |  |
|---------------|----|--------|--|
| 1 01 EFECTIVO | \$ | 50,000 |  |
| CAMBIO        | \$ | 12,200 |  |

IVA REGIMEN COMUN RESOLUCION  
18763004144195 DE 02/10/2020

CD SANTA NORTE  
EDGAR APARICIO HIGUERA 504.239-8  
PAÑALES Y LECHE AL COSTO INYECCIOLOGIA - HELADERIA  
DOMICILIOS GRATIS 670 73 14  
482 53 23  
677 30 80  
Calle 188 No. 13-10 Bogotá D.C.

FACTURA MOSTRADOR

FECHA: 29 09 2020 NIT/C  
SEÑOR: PISO I  
DIRECCION: C/185 AB. B C 12 TEL.

| CANT. | DESCRIPCION | Vr.UNITARIO | Vr. TOTAL |
|-------|-------------|-------------|-----------|
| 1     | Fucidia H   |             | 39900     |
| TOTAL |             |             | 39900     |

ACEPTADA CLIENTE FIRMA VENDEDOR  
Esta Factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio según Art. 774 del C. De C.  
Gracias por su Compra

ANEXOS  
ANEXO 1  
ANEXO 2 ASCAVITA  
ANEXO 3 15-78  
ANEXO 4 78-144  
ANEXO 5 671-194  
Regimen Comun

FACTURA DE VENTA No.: DP171595

habilitación numeración según resolución No.  
18763005823833 del 2020 abt. 29 al 2022 abt.  
abg. 11 66950 al DP1 10000000

MOSTRADOR  
Fecha Hora Cajero Vendedor  
16/09/2020 16:56 10 DROGUAS PEDRO  
PAN.TENA SLIP TALLA S 21 UDS  
200030471 2 C \$ 91.000

|          |           |
|----------|-----------|
| Total    | \$ 91.000 |
| Valor    | \$ 0      |
| Total P. | \$ 91.000 |
| Valor P. | \$ 91.000 |
| Imp.     | \$ 0      |
| de       | \$ 0      |
| aj.      | \$ 0      |
| Gravado  | \$ 0      |
| ado      | \$ 0      |
|          | 76.4 1    |

No. \_\_\_\_\_

VENDEDOR: **Martha Ramirez** 8 5 2021

Forma de Pago: \_\_\_\_\_ Vendedor: \_\_\_\_\_

| DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|--------------------------|-----------|-----------|
| 4 cajas de 41000.16400   |           |           |
| penales content.         |           |           |
| X 21                     |           |           |

**DROGAS SAN ANTONIO NORTE S.A.S**  
 Nit. 900.966.236-1  
 Cel. 311 246 1504  
 Cra. 8 c # 185 a-17

TOTAL \$ **164000**

COMPROBANTE DE VENTA

VENDEDOR: **3 6 2021**

VENDIDO A: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

| CANT. | ARTICULO     | VALOR TOTAL |
|-------|--------------|-------------|
| 4     | penales SLIP | 47000       |

**DROGAS SAN ANTONIO NORTE S.A.S**  
 Nit. 900.966.236-1  
 Cel. 311 246 1504  
 Cra. 8 c # 185 a-17

TOTAL \$ **199.000**

Firma: \_\_\_\_\_

COMPROBANTE DE VENTA

VENDEDOR: **6 7**

VENDIDO A: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

| CANT. | ARTICULO     | VALOR TOTAL |
|-------|--------------|-------------|
| 4     | penales SLIP | 47000       |

**DROGAS SAN ANTONIO NORTE S.A.S**  
 Nit. 900.966.236-1  
 Cel. 311 246 1504  
 Cra. 8 c # 185 a-17

TOTAL \$ **189.000**

Firma: \_\_\_\_\_

COMPROBANTE DE VENTA

VENDEDOR: **4 10 2021**

VENDIDO A: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

| CANT. | ARTICULO     | VALOR TOTAL |
|-------|--------------|-------------|
| 4     | penales SLIP | 47000       |

**DROGAS SAN ANTONIO NORTE S.A.S**  
 Nit. 900.966.236-1  
 Cel. 311 246 1504  
 Cra. 8 c # 185 a-17

TOTAL \$ **188000**

Firma: \_\_\_\_\_

COMPROBANTE DE VENTA

VENDEDOR: **5 11 2021**

VENDIDO A: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

| CANT. | ARTICULO     | VALOR TOTAL |
|-------|--------------|-------------|
| 4     | penales SLIP | 47000       |

**DROGAS SAN ANTONIO NORTE S.A.S**  
 Nit. 900.966.236-1  
 Cel. 311 246 1504  
 Cra. 8 c # 185 a-17

TOTAL \$ **180.000**

Firma: \_\_\_\_\_

FACTURA DE VENTA No. **8387**  
 Fecha: 12/17/2020 12:58  
 Cajero: caja01 Caja: 01  
 Vendedores: 19 SANDRA CAROLINA TORRES CO

Cliente: MARTHA YOLANDA RAMIREZ  
 Tel: 3194181505 CC/Nit: 52645777  
 VEREDA TIRITA

| Codigo | Articulo  | lv   | Cant | Total                    |
|--------|-----------|------|------|--------------------------|
| 14656  | TENA BASI | 19 U | 2    | 79,600                   |
|        |           |      |      | 2 Unidades x \$39,800.00 |

| IVA    | OTRO   | TOTAL  |
|--------|--------|--------|
| 17,000 | 00,000 | 17,000 |

**TOTAL FACTURA: 79,600**

1.01 EFECTIVO 4

1.02 EFECTIVO 4

Del 1.01 al 1.02 2020

El presente documento es un recibo de pago de alcohol, drogas y tabaco para la salud.

En total se entregaron 4 unidades.

En total se entregaron 4 unidades.

Fecha y Hora de Solicitud:

18/03/2020 09:00

Consecutivo:

CI-3549965

Pág 1/1

Dr(a). MARIA ISABEL MEDINA DE BEDOUT, CONS NEUROLOGIA - ADULTO

| DATOS DEL PACIENTE                                                                |  |                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con CC-1000573183       |  |                                                                         |                                |
| Edad y Género:                                                                    |  | 18 Años, Femenino                                                       |                                |
| Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO                                      |  | Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO |                                |
| Servicio/Ubicación: Consulta Externa Especializada/CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR |  | Habitación:                                                             | Identificador Único: 2770323-1 |

Diagnóstico: G409: EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

| CITA CONTROL EGRESO |                                                                                               |                                                                                                                          |                                                                            |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de Inicio     | Descripción                                                                                   | Especificaciones                                                                                                         | Justificación / Observaciones                                              |
| 18/03/2020 08:59    | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR - 890263-3, En: 8 Meses         | Especialidad: CONS NEUROLOGIA - ADULTO<br>Medico: MARIA ISABEL MEDINA DE BEDOUT<br>Causa: Condición Clínica Del Paciente | trastorno mental severo con compromiso del comportamiento requiere pañales |
| 18/03/2020 08:59    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - 890376-3, En: 1 Meses |                                                                                                                          |                                                                            |
| 18/03/2020 08:59    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA - 890384-3, En: 8 Días   | Causa: Condición Clínica Del Paciente                                                                                    |                                                                            |
| 18/03/2020 09:00    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA - 890374-3, En: 3 Meses   |                                                                                                                          | control                                                                    |

Md. Isabel Medina de B.  
Neurología Clínica  
C.C. 35.459.965

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: MARIA ISABEL MEDINA DE BEDOUT, CONS NEUROLOGIA - ADULTO, CC: 35459965, Reg: 35459965

Firmado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMON BOLIVAR

Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Telefono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: CC 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 18 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR      | Cama:                                                                   |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |

## NOTAS MÉDICAS

Fecha: 18/03/2020 08:41 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR  
- Servicio: Consulta Externa Especializada

Evolucion Consulta Externa - Evolución - CONS NEUROLOGIA - ADULTO

Paciente Paciente Crónico, de 18 Años, Género FEMENINO

Diagnósticos activos antes de la nota: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, OTRAS ENDOFTALMITIS, OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio).

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, Diagnóstico Principal - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO (En Estudio).

Subjetivo: paciente acompañada por la madre refiere que desde hace 3 meses presenta crisis de perdida del conocimiento se pone cianotica con movimientos tónico clónicos de la extremidades con episodio posictal de media hora  
paciente con trastorno mental severo con retardo mental des espectro autista cotrastorno del comportamiento requiere pañales Y UTILES DE ASEO

Objetivo: PACIENTE CON CUADTO DE AGITACION PSICOMOTORA CON ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO GRITA SE MUEVE SALTA

Sin resultados nuevos

Examen Físico:

Cabeza

Ojos : AMAUROSIS OI

Neurológico y Menial

Neurológico : PACIENTE CON AGITACION PSICOMOTORA CON GRITOS NO PERMITE EXAMEN SE MUEVE SOLA POR SUS PROPIOS MEDIOS NO HAY ALTERACIO MOTORA APARENTE.

SIGNOS VITALES

Presión arterial (mmHg): 100/70, Presión arterial media(mmHg): 80

Paciente sin oxígeno

Escala del dolor: No aplica

Peso(kg): 44 Talla(cm). 140 Índice de masa corporal(kg/m2): 22. 4 Superficie corporal(m2): 1. 31

Plan de manejo: SE INICIA FENITOINA SODICA 200 MG VO EN LA NOCHE  
RISOPERIDONA 1 MG CADA 12 HOPRAS

VALORACION POR OFTALMOLOGIA

SE LA SUGUIERE A LA MADRE CONSULTA DE URGENCIAS POR PSIQUIATRIA PERO REFIERE QUE NO LA ATIENDEN COVID19  
CONTROL EN 3 MESES.

Firmado Por: MARIA ISABEL MEDINA DE BEDOUT, CONS NEUROLOGIA - ADULTO, Registro 35459965, CC 35459965

Md. Isabel Medina de B.  
Neurología Clínica  
C.C. 35.459.965

Firmado electrónicamente

Dr(a). MARIA ISABEL MEDINA DE BEDOUT, CONS NEUROLOGIA - ADULTO

DATOS DEL PACIENTE

Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, identificado(a) con CC-1000573183

Edad y Género: 18 Años, Femenino

Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO

Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO

Servicio/Ubicación: Consulta Externa Especializada/CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR

Habitación:

Identificador Único: 2770323-1

Diagnóstico: G409: EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

CERTIFICADO MÉDICO

| Fecha Inicio     | Descripción        | Especificaciones | Cantidad | Datos Clínicos / Justificación / Observaciones                                                                                                                                                                                      |
|------------------|--------------------|------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18/03/2020 09:04 | CERTIFICADO MEDICO |                  | 1        | A QUIEN CORRESPONDA CERTIFICO QUE LA PACIENTE PRESENTA UNA CONDICION MENTAL CON DISCAPACIDAD COGNITIVA Y FISICA PERMANETE E IRREVERSIBLE QUE REQUIERE PRESENCIA DEL CUIDADOR PARA TODAS SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y DE AUTOCUIDADO |

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por:

MARIA ISABEL MEDINA DE BEDOUT, CONS NEUROLOGIA - ADULTO, CC: 35459965, Reg: 35459965

Firmado Electrónicamente

024-ADMIN USS SIMONBOLIVAR

Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Telefono:3499080 BOGOTA - 57 - Web:

MO. MARIA ISABEL MEDINA DE BEDOUT  
Neurología Clínica  
C.C. 35459965

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: CC 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 18 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR      | Cama:                                                                   |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |

Página 1 de 1

**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: 07/01/2020 12:37 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR  
- Servicio: Consulta Externa Especializada  
Evolucion Consulta Externa - Evolución - CONS PSIQUIATRIA  
Paciente Paciente Crónico, de 18 Años, Género FEMENINO  
Diagnósticos activos antes de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, Diagnóstico Principal - OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA.

Subjetivo: Viene con Martha (mamá).

"Ella tuvo hipoxia perinatal, la veía neurología pediátrica, toma risperidona porque es muy inquieta y a veces agresiva". La paciente no habla, gime, camina en el consultorio. En la historia refieren Síndrome de Kabuki, ha sido valorada por neurología pediátrica y oftalmología.

Objetivo: Natural y procedente de Bogotá. Sin estudios. Soltera. Vive con la mamá de quien depende (la mamá es cabeza de hogar, no trabaja, un tío les ayuda económicamente). Su rutina: "mira televisión, escucha música, duerme".

Consciente, no es posible explorar orientación, reconoce las cosas "televisión, vamos, chao". No se evidencian síntomas psicóticos. No control de esfínteres. Prospección incierta.

Plan de manejo: Recibo inquietudes. Toma risperidona x 1 mg tabletas (1- 0 - 1). Explico efectos y efectos secundarios. Cita por neurología y medicina familiar. Mipres 20200107126016616144.

Firmado Por: HENRY GARCIA MONCALEANO, CONS PSIQUIATRIA, Registro 79264991, CC 79264991

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: CC 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 18 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR      | Cama:                                                                   |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |

Página 1 de 1

**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: 07/01/2020 12:37 - Ambulatoria - Sede: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR - Ubicación: CONSULTA EXTERNA SIMON BOLIVAR  
- Servicio: Consulta Externa Especializada

Evolucion Consulta Externa - Evolución - CONS PSIQUIATRIA

Paciente Paciente Crónico, de 18 Años, Género FEMENINO

Diagnósticos activos antes de la nota: CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, Diagnóstico Principal - OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA.

Subjetivo: Viene con Martha (mamá).

"Ella tuvo hipoxia perinatal, la veía neurología pediátrica, toma risperidona porque es muy inquieta y a veces agresiva". La paciente no habla, gime, camina en el consultorio. En la historia refieren Síndrome de Kabuki, ha sido valorada por neurología pediátrica y oftalmología.

Objetivo: Natural y procedente de Bogotá. Sin estudios. Soltera. Vive con la mamá de quien depende (la mamá es cabeza de hogar, no trabaja, un tío les ayuda económicamente). Su rutina: "mira televisión, escucha música, duerme".

Consciente, no es posible explorar orientación, reconoce las cosas "televisión, vamos, chao". No se evidencian síntomas psicóticos. No control de esfínteres. Prospección Incierta.

Plan de manejo: Recibo inquietudes. Toma risperidona x 1 mg tabletas (1- 0 - 1). Explico efectos y efectos secundarios. Cita por neurología y medicina familiar. Mipres 20200107126016616144.

Firmado Por: HENRY GARCIA MONCALEANO, CONS PSIQUIATRIA, Registro 79264991, CC 79264991

Firmado electrónicamente

Documento Impreso al día 07/01/2020 12:57:06

Estos son los soportes médicos  
de las citas para los transportes

precio de cada una de las citas.

| Año | tibita.- villapinzon<br>chana. | villapinzon.- Boyota<br>Arizona |
|-----|--------------------------------|---------------------------------|
|-----|--------------------------------|---------------------------------|

|       |                   |           |
|-------|-------------------|-----------|
| 2016. | \$ 60.000         | \$ 60.000 |
|       | total. \$ 120.000 |           |

|      |                   |        |
|------|-------------------|--------|
| 2017 | 70.000            | 64.000 |
|      | total. \$ 134.000 |        |

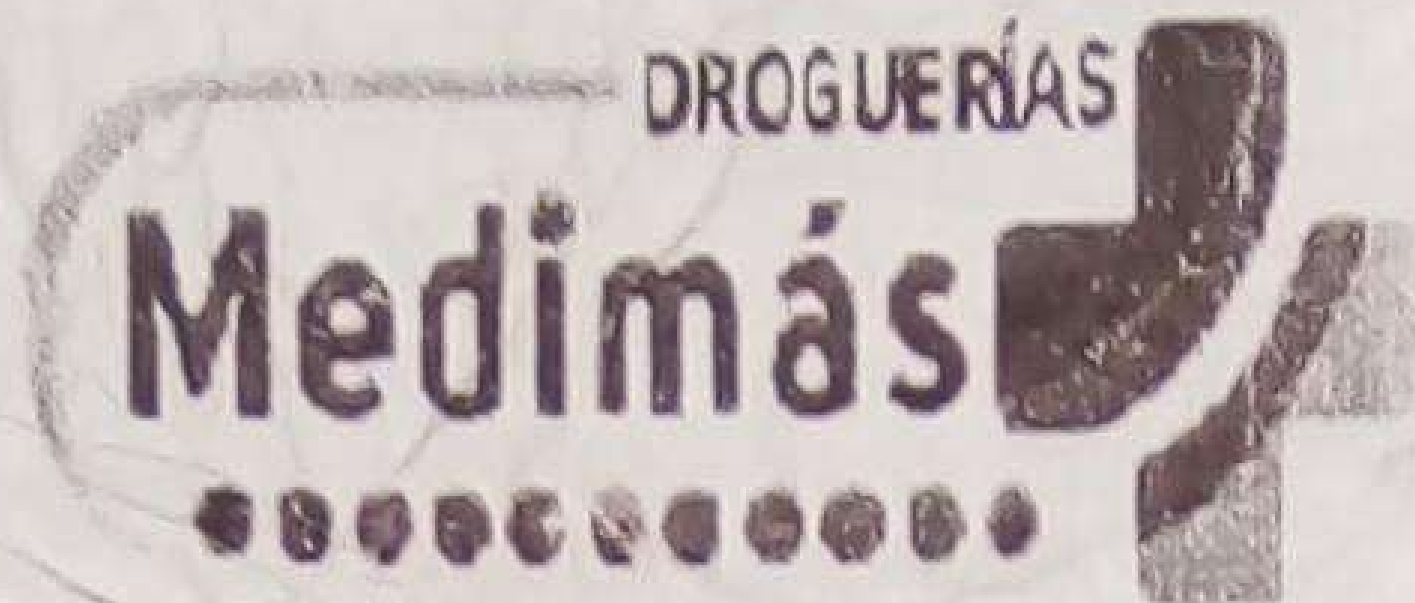
|       |                   |        |
|-------|-------------------|--------|
| 2018. | 70.000.           | 78.000 |
|       | total. \$ 148.000 |        |

|      |                   |        |
|------|-------------------|--------|
| 2019 | 80.000            | 80.000 |
|      | total. \$ 160.000 |        |

|       |                   |        |
|-------|-------------------|--------|
| 2020. | 90.000.           | 90.000 |
|       | total. \$ 180.000 |        |

|       |             |                |
|-------|-------------|----------------|
| 2022. | 10.000.000. | 60.000         |
|       | \$ 1        | 60.000         |
|       |             | <u>120.000</u> |
|       | \$ 220.000. |                |

2 transportes de las 2 vacunas de covid  
chana: 100.000. cada una. \$ 2000.000.



DANILO RODRIGUEZ  
CARRERA 80 # 188-64  
DROGUERIAS MEDIMAS 3116872359  
NIT 901484781-9 REGIMEN COMUN  
Tel 6680650-3116872

## FACTURA DE VENTA No.: FPOS57686

| Fecha      | Hora  | Cajero | Vendedor |
|------------|-------|--------|----------|
| 29/06/2022 | 15:59 | 08     | JOSE P   |

| Código    | Descripción               | Cant | Valor    |
|-----------|---------------------------|------|----------|
| 0110370   | CONTENT ULTRASEC M X 21 U | 1    | \$43.800 |
| 100034423 | CARAMELO MAX FRUTACIDAS   | 2    | \$200 U  |

|                      |            |                    |
|----------------------|------------|--------------------|
| Sub Total            | ---        | \$36,974.79        |
| Descuento            | ---        | \$0.00             |
| Excluido             | ---        | \$0.00             |
| Gravado              | ---        | \$36,974.78        |
| Total IVA            | ---        | \$7,025.21         |
| <b>TOTAL FACTURA</b> | <b>---</b> | <b>\$44,000.00</b> |

|                 |     |             |
|-----------------|-----|-------------|
| VALOR ENTREGADO | --- | \$50,000.00 |
| CAMBIO          | --- | \$6,000.00  |

| Iva 5% | Iva 10% | Iva 19% | Iva 20% |
|--------|---------|---------|---------|
| \$0    | \$0     | \$7,025 | \$0     |

AUTORIZACION NUMERACION SEGUN RESOLUCION

No 0013028044463070 de 01/09/2021

De FPOS - 1 al FPOS -300000

Esta Factura se asimila a la letra de

Cambio A. 774 del Código de Comercio

COMAPRECIOS DE COLOMBIA SAS  
COMAPRECIOS DROGUERIAS 3  
1404, 5-0

CALLE 4 N. 5-32 VILLAPINZON  
telefono: 3132880865

DUL. FOMENTE No.: F3A 100249

Fecha: 29/06/2022 Hora: 15:03

Cajeros: Cajero1 Caja: 01

Vendedores: 15 JOHANNA GERALDIN CAMARGO

Codigo Articulo Iv Cant Total

B5287 TAPABOCA 19 U 1 19,100

| IVA % | VR. BA | VR IVA | TOTAL  |
|-------|--------|--------|--------|
| 19.00 | 19,100 | 3,650  | 19,100 |

TOTAL: 19,100

|        |               |    |        |
|--------|---------------|----|--------|
| ITEMS: | 1 01 EFECTIVO | \$ | 19,100 |
|        | CAMBIO        | \$ | 0      |

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS-IVA RESOLUCI

18764020396131 DE 10/30/2021

HABILITACION DE FACTURACION POS

DEL F3A 67975 AL F3A 250000

Evitar el consumo excesivo de alcohol.  
Drogas, abuso de medicamentos y tabaco  
que son perjudiciales para la salud.

SISTEMA P.O.S.

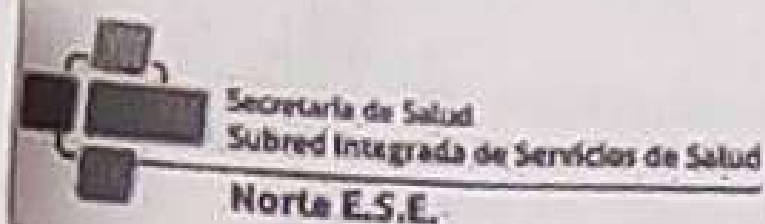
SYSTEM INNOVATION POS SAS Nit:901226353-4

Tel:6017427252-3135099238 Bogotá-Colombia

Fecha y Hora de Solicitud: 23/06/2022 18:41

Consecutivo: ME-6189/31

Pag 1/ 1



| DATOS DEL PACIENTE                                                          |                                      |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Paciente: PEDRAZA RAMIREZ, ERIKA LILIANA, Identificado(a) con CC-1000573183 |                                      |                                                                         |
| Edad y Género:                                                              | 21 Años, Femenino                    |                                                                         |
| Regimen/Tipo Paciente:                                                      | SUBSIDIADO/SUBSIDIADO                | Nombre de la Entidad: CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODELO |
| Servicio/Ubicación:                                                         | Urgencias/1SB-CONSULTORIOS URGENCIAS | Habitación: Identificador Único: 2770323-2                              |

Diagnóstico: G409: EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO  
 -Peso:65Kg - Talla:160cm - Superficie Corporal:1.7m2

| MEDICAMENTOS AMBULATORIOS |                                     |                                |                                              |                                        |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| Fecha de Inicio           | Medicamento Generico                | Justificación / Observaciones  | Posología                                    | Cantidad Solicitada (Numeros / Letras) |
| 23/06/2022 18:41          | FENITOINA SODICA TAB 100MG-MD0292-4 | / TOMAR 3 TABLETAS EN LA NOCHE | 3 TABLETAS, ORAL, Cada 24 horas, por 30 DIAS | 90 TABLETA                             |

transporte  
 Junio. 23. 2020.

AUDIFARMA  
 DISPENSADO  
 FECHA: 24/06/22  
 ENTREGA #

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: JENNIFER ALVARADO ARENAS, CONS MEDICINA GENERAL, CC: 52019877, Reg: 52019877

Firmado Electrónicamente

024-ADMON USS SIMONBOLIVAR

Dirección: CALLE 66 15-41 -Telefono:4431790 BOGOTA - 169 - Web:



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                    |                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tipo y número de identificación: CC 1000573183 |                                                                         |
| Paciente: ERIKA LILIANA PEDRAZA RAMIREZ        |                                                                         |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 23/04/2001   |                                                                         |
| Edad y género: 21 Años, FEMENINO               |                                                                         |
| Identificador único: 2770323                   | Responsable: CAPITAL SALUD EPS<br>REGIMEN<br>SUBSIDIADO S.A.S<br>MODELO |
| Ubicación: CLL 164 N°7F-10 SAN CRISTOBAL       | Cama:                                                                   |
| Servicio: Consulta Externa Especializada       |                                                                         |

Página 1 de 2

## NOTAS MÉDICAS

Fecha: 01/07/2022 16:04 - Ambulatoria - Sede: 044-CAPS SAN CRISTOBAL - Ubicación: CLL 164 N°7F-10 SAN CRISTOBAL - Servicio: Consulta Externa Especializada

Evolucion Consulta Externa - Evolución - CONS MEDICINA FAMILIAR

Paciente Paciente Crónico, de 21 Años, Género FEMENINO

Diagnósticos activos antes de la nota: TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL, OTRAS ENDOFTALMITIS, EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO (En Estudio), DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA.

Indicador de rol: Evolución Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico Principal - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO (En Estudio), OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA, DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (En Estudio), OTRAS ENDOFTALMITIS, TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, CUERPO EXTRANO EN EL ORIFICIO NASAL.

Subjetivo: CONTROL CON MEDICINA FAMILIAR  
POR X

1. EPILEPSIA

2. INCONTINENCIA URINARIA

RECIBE TTOS CON EPISODIO CONVULSIVO DESDE RECURRENTES, CON AJUSTA DE FENITOINA X300 AL DIA + RISPERIDONA 1 MG CADA 12 HORAS

CON MEJORIA, PARCIAL PERO PERSISTE, AGITACION PSICOMOTORA Y EPISODIO DE AGRESIVIDAD / AUTOAGRESIVIDAD  
PACIENTE REFIERE QUE, FUE VALORADA CON URGENCIA CON AJUSTE DE ANTICONVULSIVANTE EPAMINA A300 MG DIA CON MEJORIA,  
REQUIERE PAÑALES

Objetivo: PACIENTE CON AGITACION PSICOMOTORA

Análisis de Resultados: HEMOGRAMA LEUCOCITOS 7310 NEUTROFILOS 72.9 LINFOCITOS 23.9 HB 15.2 HCTO 45 PLAQ 181000  
CREATININA 0.6 GLUCOSA 82 BUN 12.2 NA 140 K 4.0

Examen Físico:

Cabeza

Cráneo : Normal / Cara : Normal / Ojos : Normal / Oídos : Normal / Nariz : Normal / Boca : Normal

Cuello

Cuello : Normal.

- Modalidad Consulta

Consulta presencial, Si

Total: 0

Plan de manejo: PACIENTE DEBE SEGUIR CONTROL CON NEUROLOGIA SERVICIO TRATANTE  
SE ENVIA A ESTE SERVICIO Y SE REFORMULA, SE CIERRA INTERCONSULTA CON MEDICINA FAMILIAR  
SE ENVIA PAÑALES DESECHABLES POR 6 MESES

Prescripción registrada exitosamente con Número de solicitud:

2022070112033577817

SE EXPLOIA NEUROLOGIA SERVICIO TRATANETE DEBE FORMULAR PAÑALES Y NO MEDICINA FAMILIAR

Firmado Por: AMARILIS CANTILLO M., CONS MEDICINA FAMILIAR, Registro 45450629, CC 45450629

## ÓRDENES MÉDICAS

Firmado electrónicamente

Documento Impreso al día 01/07/2022 16:29:30

Dosis

1

2

No. 1000575183

Fecha de nacimiento:

Día 23 Mes 04 Año 2001

Transporte \$80.000 cada viaje (ida y vuelta)  
80.000.

2. Vacunos. Total. \$160.000. (transporte chono)

| Biológico | Dosis | Fecha                 | Fabricante | Lote        | IPS vacunadora               | Nombre vacunador                                                            | Cédula del vacunador |
|-----------|-------|-----------------------|------------|-------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| COVID-19  | 1     | 26<br>Febrero<br>2022 | Pfizer     | 210961      | Puesto Salud<br>Villa Pinzon | Sandra<br>García                                                            | 21147803             |
|           | 2     | 23<br>Abril<br>2022   | Pfizer     | NCC<br>S853 | Esc Hospital<br>Chocenta     | Viviana Torres C.<br>Médico de Enfermería<br>C.C. 1069258056<br>Res 25-2920 |                      |
|           |       |                       |            |             |                              |                                                                             |                      |

No.   
 DIA MES AÑO   
 Ramirez 15 01 2022   
 Telefono   
 Forma de Pago Vendedor

| DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|--------------------------|-----------|-----------|
| as tona                  | 57000     | 228000    |

DROGUERIA SANTA FE NORTE  
 SANTA FE NORTE  
 EDGAR APARICIO HIGUERA  
 CALLE 185 # 14-07 BARRIO VERDE  
 NIT 860502262-8  
 Regimen Comun  
 Tel 8707514 6773000

### COTIZACION

Número Cotización: 32

Tipo de Venta: Minorista

Fecha: 25/06/2022 Hora: 10:48  
 NIT: 860502262-8  
 C.C. 311 246 1504  
 Cra. 8 # 185 a-17  
 Sub Total: \$ 45.200  
 Descuento: \$ 45.200  
 Excluido: \$ 0,00  
 No gravado: \$ 0,00  
 Total IVA: \$ 0,00  
 Total Cotización: \$ 0,00  
 Base IVA: \$ 0,00 IVA: \$ 0,00

No.   
 DIA MES AÑO   
 Cliente: Martha Ramirez 1 2 2022   
 DIRECCION   
 CIUDAD   
 Forma de Pago   
 Vendedor

| CANT. | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|-------|--------------------------|-----------|-----------|
| 2     | Frascos                  | 4800      | 96000     |

TOTAL \$ 96000

No.   
 DIA MES AÑO   
 Ramirez 12 04 2022   
 Telefono   
 Forma de Pago   
 Vendedor

| DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|
| as tona      | 57000     | 228000    |

TOTAL \$ 228000

CUENTA DE COBRO   
 PEDIDO   
 COTIZACION   
 REMISION   
 No.   
 DIA MES AÑO   
 Cliente: Martha Ramirez 10 02 2022   
 DIRECCION   
 CIUDAD   
 Forma de Pago   
 Vendedor

| CANT. | DESCRIPCION DEL ARTICULO | VR. UNIT. | VR. TOTAL |
|-------|--------------------------|-----------|-----------|
| 4     | as tona                  | 57000     | 228000    |

TOTAL \$ 228000

DEL: PV04 2020/11 AL: PV04 3000/11  
 FECHA 2021/07/13 VIGENCIA 12 MESES

\*\*\* GRACIAS POR SU COMPRA \*\*\*

DISTRIBUIDORA INTERNACIONAL DE DROGAS SAS  
 DROG COLOMBIA FARMA VILLAPINZO PTO: 04  
 NIT: 860502262-8  
 RESPONSABLE DE IMPUESTO A LAS VENTAS  
 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES DE ICA

FACTURA DE VENTA No: PV04 273227  
 DIRECCION: CL 5 4 72  
 TEL: 8565743 VILLAPINZON

Fecha: 2022/04/29 Hora: 14:08:48  
 VENEDOR: RUBIANO LEYDY PAOLA

| PRODUCTO/CANTIDAD                 | V/R. UNI  | V/R TOTAL |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| ENSURE POLVO ADVANCE VAIN X400 GR |           |           |
| 1 (00)                            | 50,300.00 | 50,300.00 |
| UND/VNTA                          | 1         |           |

### DETALLE DE IMPUESTOS

| CONCEPTO | %  | BASE GRAVABLE | VR. IVA | VR. TOTAL |
|----------|----|---------------|---------|-----------|
| EXCLUIDO | 00 | 50,300        | 0       | 50,300    |

Martha Ramirez 16/01/2022

|               |       |        |
|---------------|-------|--------|
| penales       | 57000 | 228000 |
| TOTAL: 228000 |       |        |

**DROGAS SAN ANTONIO**  
NORTE S.A.S.  
NIT: 900.985.236-1  
Cel: 311 246 1504  
Cra 8 de 165 # 17

Martha Ramirez 19/2/2022

|              |          |      |       |
|--------------|----------|------|-------|
| 2            | Fraxidos | 4800 | 96000 |
| TOTAL: 96000 |          |      |       |

**DROGAS SAN ANTONIO**  
NORTE S.A.S.  
NIT: 900.985.236-1  
Cel: 311 246 1504  
Cra 8 de 165 # 17

Martha Ramirez 10/01/2022

|               |         |       |        |
|---------------|---------|-------|--------|
| 4             | penales | 57000 | 228000 |
| TOTAL: 228000 |         |       |        |

**DROGAS SAN ANTONIO**  
NORTE S.A.S.  
NIT: 900.985.236-1  
Cel: 311 246 1504  
Cra 8 de 165 # 17

DEL PVIA 27322 AL PVIA 30000  
FECHA 2021/07/13 VIGENCIA 12 MES  
\*\*\* GRACIAS POR SU COMPRA \*\*\*

Martha Ramirez 03/04/2022

|               |       |        |
|---------------|-------|--------|
| penales       | 57000 | 228000 |
| TOTAL: 228000 |       |        |

**DROGAS SAN ANTONIO**  
NORTE S.A.S.  
NIT: 900.985.236-1  
Cel: 311 246 1504  
Cra 8 de 165 # 17

Martha Ramirez 12/04/2022

|               |         |       |        |
|---------------|---------|-------|--------|
| 4             | penales | 57000 | 228000 |
| TOTAL: 228000 |         |       |        |

**DROGAS SAN ANTONIO**  
NORTE S.A.S.  
NIT: 900.985.236-1  
Cel: 311 246 1504  
Cra 8 de 165 # 17

DISTRIBUIDORA INTERNACIONAL DE DROGAS  
DROG COLOMBIA FARMA VILLAPINZO PTO: 04  
NIT: 860502262-8  
RESPONSABLE DE IMPUESTO A LAS VENTAS  
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES DE IC

FACTURA DE VENTA No: PV04 27322  
DIRECCION: CL 5 4 72  
TEL: 8565743 VILLAPINZON

Fecha: 2022/04/29 Hora: 14:08:48  
VENDEDOR: RUBIANO LEYDY PAOLA

| PRODUCTO/CANTIDAD                 | V/R. UNI  | V/R T     |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| ENSURE POLVO ADVANCE VATN X400 GR |           |           |
| 1 (00)                            | 50,300.00 | 50,300.00 |
| UND/VNTA                          | 1         |           |

DETALLE DE IMPUESTOS

| CONCEPTO | %  | BASE GRAVABLE | VR. | IVA | VR. |
|----------|----|---------------|-----|-----|-----|
| EXCLUIDO | 00 | 50,300        |     | 0   |     |
| TOTALES  |    | 50,300        |     | 0   |     |

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTENTICACION  
NUMERACION DE FACTURACION

7 15 2021

Dispersión

1 12 19

**DOCTOR SAN ANTONIO**  
**DOCTOR J.A.**  
 NIT 510 000 230-1  
 Cel 311 240 1504  
 Cra 8 de 1214-17

TOTAL: 30 290

Martha Benítez 15 05 2021

4 paces 57900 228000

1-11-21

**DOCTOR SAN ANTONIO**  
**DOCTOR J.A.**  
 NIT 510 000 230-1  
 Cel 311 240 1504  
 Cra 8 de 1214-17

TOTAL: 228 000

tel: 6017477252-3135099 Bogotá

No.  
 DIC | FEB | AÑO  
 01 | 06 | 22

IDENTIFICACION: PERIODO: COTIZACION: REMISION:

CLIENTE: VENDEDOR:

FECHA DE EMISION: VALOR:

|   |                  |       |
|---|------------------|-------|
| 3 | Content 7 Mar 21 | 43900 |
|---|------------------|-------|

Farmaprecios Plus  
 Droguerías

136700

FARMAPRECIOS DE COLOMBIA SAS  
 DROGUERIAS FARMAPRECIOS PLUS  
 NIT: 901404715-0  
 CARRERA 5 N. 3 - 18 VILLAPINZON  
 Telefono: 3117773954  
**DOC. EQUIVALENTE No.: F6A 109810**  
 Fecha: 05/06/2022 Hora: 16:23  
 Cajero: caja01 Caja: 01  
 Vendedores: 82 MARIA FERNANDA GARCIA FON

| Codigo        | Articulo                 | Iv     | Cant          | Total |
|---------------|--------------------------|--------|---------------|-------|
| 78804         | CONTENT U 19 U           | 2      | 87,800        |       |
|               | 2 Unidades x \$43,900.00 |        |               |       |
| IVA x         | VR.BASE                  | VR.IVA | TOTAL         |       |
| 19.00         | 73,782                   | 14,018 | 87,800        |       |
| <b>TOTAL:</b> |                          |        | <b>87,800</b> |       |

ITEMS: 1 01 EFECTIVO \$ 100,000  
 CAMBIO \$ 12,200

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS-IVA RESOLUCI  
 04764020-37034 DE 10/30/2021  
 HACIENDA DE FACTURACION POS  
 DEL F6A 68860 AL F6A 250000  
 \*\*\*\*\*  
 al consumo excesivo de alcohol,  
 drogas, medicamentos y tabaco  
 que son perjudiciales para la salud.  
 \*\*\*\*\*

FARMAPRECIOS DE COLOMBIA SAS  
DROGUERIAS FARMAPRECIOS PLUS  
Nit:901404715-0  
CARRERA 5 N. 3 - 18 VILLAPINZON  
Telefono: 3117773954

DOC. EQUIVALENTE No.: F6A 88763

01/23/2022 Hora: 16:15

Caja01 Caja: 01

Vendedores: 10 YERLY MARCELA CERON

| Articulo Iv | Cant | Total |
|-------------|------|-------|
|-------------|------|-------|

|                |   |        |
|----------------|---|--------|
| CONTENT U 19 U | 2 | 79,000 |
|----------------|---|--------|

2 Unidades x \$39,500.00

| VR.BASE | VR.IVA | TOTAL  |
|---------|--------|--------|
| 66,387  | 12,613 | 79,000 |

TOTAL: 79,000

|               |    |        |
|---------------|----|--------|
| 1 01 EFECTIVO | \$ | 90,000 |
| CAMBIO        | \$ | 11,000 |

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS-IVA RESOLUCI  
18764020397034 DE 10/30/2021  
HABILITACION DE FACTURACION POS  
DEL FGA 68860 AL FGA 250000

\*\*\*\*\*  
Evitar el consumo excesivo de alcohol,  
drogas, abuso de medicamentos y tabaco  
que son perjudiciales para la salud.  
\*\*\*\*\*

FARMAPRECIOS DE COLOMBIA SAS  
DROGUERIAS FARMAPRECIOS PLUS  
Nit:901404715-0  
CARRERA 5 N. 3 - 18 VILLAPINZON  
Telefono: 3117773954  
DOC. EQUIVALENTE No.: F6B 23442  
Fecha: 02/26/2022 Hora: 12:07  
Cajero: caja02 Caja: 02  
Vendedores: 10 YERLY MARCELA CERON

| Codigo | Articulo Iv | Cant | Total |
|--------|-------------|------|-------|
|--------|-------------|------|-------|

|       |                |   |        |
|-------|----------------|---|--------|
| 78804 | CONTENT U 19 U | 2 | 82,800 |
|-------|----------------|---|--------|

2 Unidades x \$41,400.00

| IVA % | VR.BASE | VR.IVA | TOTAL  |
|-------|---------|--------|--------|
| 19.00 | 69,580  | 13,220 | 82,800 |

TOTAL: 82,800

|        |               |    |         |
|--------|---------------|----|---------|
| ITEMS: | 1 01 EFECTIVO | \$ | 100,000 |
|        | CAMBIO        | \$ | 17,200  |

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS-IVA RESOLUCI  
18764020397098 DE 10/30/2021  
HABILITACION DE FACTURACION POS  
DEL F6B 15216 AL F6B 250000

\*\*\*\*\*  
Evitar el consumo excesivo de alcohol,  
drogas, abuso de medicamentos y tabaco  
que son perjudiciales para la salud.  
\*\*\*\*\*

SISTEMA P.O.S.  
SYSTEM INNOVATION POS SAS N:901226353-4

FARMAPRECIOS DE COLOMBIA SAS  
FARMAPRECIOS DROGUERIAS 4  
Nit:901404715-0  
CALLE 5 N. 3 - 78  
Telefono: 8589089 3138249839  
DOC. EQUIVALENTE No.: F4 67590  
Fecha: 04/04/2022 Hora: 14:30  
Cajero: caja01 Caja: 01  
Vendedores: 77 WILLINTON ANTONIO CENCIO

| Codigo | Articulo Iv | Cant | Total |
|--------|-------------|------|-------|
|--------|-------------|------|-------|

|       |                |   |        |
|-------|----------------|---|--------|
| 15165 | CHA.JJ BA 19 U | 1 | 11,200 |
| 29021 | KOLA GRAN 19 U | 1 | 7,200  |

| IVA % | VR.BASE | VR.IVA | TOTAL  |
|-------|---------|--------|--------|
| 19.00 | 15,462  | 2,938  | 18,400 |

TOTAL: 18,400

|        |               |    |        |
|--------|---------------|----|--------|
| ITEMS: | 2 01 EFECTIVO | \$ | 50,000 |
|        | CAMBIO        | \$ | 31,600 |

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS-IVA RESOLUCI  
18764020396851 DE 10/30/2021  
HABILITACION DE FACTURACION POS  
DEL F4 45639 AL F4 400000

\*\*\*\*\*  
Evitar el consumo excesivo de alcohol,  
drogas, abuso de medicamentos y tabaco  
que son perjudiciales para la salud.  
\*\*\*\*\*

SISTEMA P.O.S.  
SYSTEM INNOVATION POS SAS N:901226353-4  
Tel:6017427252-3135099238 Bogota

2022