

DOCTORA  
ANGELA MARIA HOYOS CORREA  
JUEZ CATORCE DE FAMILIA  
CALI - VALLE DEL CAUCA -  
E. S. D.

1

3

JUZGADO CATORCE DE FAMILIA  
CALI - VALLE  
RECIBIDO  
FECHA: 02 MAR 2020  
FOLIOS: 389  
HORA:  
FIRMA: Ofon

REF: EJECUTIVO POR ALIMENTOS RADICACION: 2019-00-428  
DTE: LUZ MARY TORRENTE VANEGAS  
DDO: EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY

**EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY**, mayor de edad, vecino de la localidad, obrando como demandado dentro del asunto de la referencia, con respeto y comedimiento, acudo a usted, encontrándome dentro del término de traslado legal correspondiente, con el fin de CONTESTAR LA DEMANDA alusiva al suscrito notificada, sustentado en los siguientes aspectos

**A LOS HECHOS:**

**AL HECHO PRIMERO: ES CIERTO**

**AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto que se acudió a la comisaria de familia referida por la parte actora, con el fin de llevar a cabo acuerdo conciliatorio del que al tenor de la parte **CONSIDERATIVA O MEJOR PARTE INICIAL DE UN TITULO COMPUESTO**, del mismo se colige sin elucubración mayor al respecto que el suscrito se comprometió a pagar, en cuanto a lo que legalmente como padre de la menor Alejandra Murcia, me corresponde, tomando para ello en cuenta la capacidad económica que ostentaba en la fecha de dicho acuerdo, misma que a partir del mes de septiembre de 2017 varió ostensiblemente impidiéndome humanamente continuar con el cumplimiento de la obligación dineraria en cuestión. **PERO**, señora Juez (sin que ello signifique que desconozca el deber y obligación que me asisten) si bien es cierto que se plasmó dicho acuerdo dentro de la parte **considerativa o inicial del acta** anunciada, ya desde el punto de vista del **rigor legal** por las exigencias requeridas para que un título ejecutivo pueda ser llevado a la acción ordinaria pertinente, ya en la parte **decisoria, resolutive, dispositiva y principalmente LA APROBATORIA DE DICHO ACUERDO MEDIANTE AUTO. SEGÚN LO DESCRITO EN TAL DOCUMENTO, lo que lo convirtió en título compuesto**, de dicho acuerdo, esto es, dentro del acta de audiencia No. 4161.2.9.7617-2511, y su auto aprobatorio, se falló en cuanto a LO CLARO y EXPRESO del legajo cuestionado, por cuanto no se establece en forma idónea, jurídicamente hablando, a quien ciertamente le corresponde dicha obligación, es decir, no existe certeza, claridad, condición expresa, tampoco exigibilidad en mi contra y no la menos importante **PLENA PRUEBA EN CONTRA DEL DEMANDADO QUE EMANE DEL TITULO BASE DEL RECAUDO EJECUTIVO** en mi contra y, por ende, no se cumple para esta acción ejecutiva con los requisitos exigidos por el precepto atrás mencionado, como lo expresare en su oportunidad dentro de las excepciones de mérito o fondo que formulare.

**AL HECHO TERCERO:** Es parcialmente cierto, si, como lo advertí en numeral que precede, se tiene en cuenta la variación de mi capacidad económica a partir de la fecha de la ejecución impidiéndome continuar con el cumplimiento de la obligación dado que existe un MINIMO VITAL demostrable en cuanto a mis ingresos mensuales, exclusivamente una pensión mínima, con descuentos legales, pago de arriendo, alimentación personal y de mi núcleo familiar, médicos, entre otros, que no permiten siquiera cubrir obligaciones de mi hogar, asistencias médicas de mi esposa y personales, créditos en mora adquiridos para suplir primigeniamente las obligaciones de la menor ejecutante.

**AL HECHO CUARTO:** NO ES CIERTO. Por el hecho de ostentar una pensión de vejez, no puede afirmarse de manera alguna que el suscrito ostente de la capacidad económica aseverada por la demandante, cuando no existe ese principio de certeza que comporta determinar la existencia de recaudo dinerario suficiente para así afirmarlo. Lo único, señora Juez, con que cuenta mi ingreso mensual corresponde a la citada pensión de vejez, no ostento renta diferente, ingreso alguno adicional, no tengo patrimonio de naturaleza alguna como casa, vehículo, bienes, exclusivamente mis bienes comprenden los mismos con los que se guarnece un hogar de nivel medio. Por tanto, reitero, inclusive con la medida cautelar decretada y consumada, no se regula de manera real y suficiente ni mi ingreso ni mi sustento familiar, dejando en vilo mi derecho fundamental constitucional al Mínimo vital y sin ponderación justa, desmejorando, si así se puede decir, pues ya viene desmejorando palmariamente, el escaso modus vivendi con subsisto como ser humano en la vejez.





**AL HECHO QUINTO: NO ES CIERTO.** No obra dentro del plenario como título base del recaudo ejecutivo un documento que constituya plena prueba en contra del demandado. No es claro, no es expreso, como bien lo réferi en el hecho segundo con antelación descrito. Lo cierto es que no desconozco mi obligación, la que asumo y, a la medida del ingreso ponderado que ostento, continuare con tal responsabilidad de acuerdo al mínimo vital y a la capacidad económica que como derecho también me asiste, PERO, de cara a la demanda que se formuló en mi contra, ceñido por la rigurosidad y severidad procesal, ME REMITO A LA LEGALIDAD Y REUNION DE LOS REQUISITOS DEL TITULO BASE DE LA EJECUCION, EL QUE ADEMAS, POR SER TITULO EJECUTIVO, y en este caso, TITULO COMPLEJO O COMPUESTO. (SUBSISTE UNO de OTRO) el mismo NO PUEDE PRESUMIRSE NI LEGAL, NI PROCESALMENTE; HACERLO SERIA DESNATURALIZAR EL ESPIRITU DEL LEGISLADOR FRENTE A LO PLASMADO COMO REQUISITOS Y EXIGENCIAS DE LOS TITULOS TANTO EJECUTIVOS COMO VALORES. Y así lo ha reiterado en diferentes oportunidades la jurisprudencia y la doctrina colombiana. Y, Señora Juez, no es solamente esa falta de requisitos de que trata el art 422 del C. G DEL P, sino, además, tal documento arrimado como título que presta merito ejecutivo, EL MISMO TAMPOCO CONTIENE OTRA EXIGENCIA TAL COMO SU CONSTANCIA DE SER "PRIMERA COPIA" COMO CLARAMENTE LO EXIGE TAMBIEN EL ESTATUTO PROCESAL. O, POR LO MENOS DENTRO DE LAS COPIAS DEL TRASLADO NO ME FUE ENTREGADA DICHA CONSTANCIA, COMO FORMULISMO DE DICHO ACTO PROCESAL.

**AL HECHO SEXTO:** Me atengo a lo que se pruebe y a la resolución del presente debate procesal.

#### **A LAS PRETENSIONES:**

ME ATENGO A LO QUE RESPECTO DE CADA UNA DE ELLAS SE DEMUESTRE, SE PRUEBE, SE CONCILIE, SIEMPRE Y CUANDO LA CONGRUENCIA Y COHERENCIA ENTRE LA PARTE MOTIVA (ACTA DEL ACUERDO CONCILIATORIO) Y LA PARTE RESOLUTIVA (AUTO APROBATORIO DEL ACTA CONCILIATORIA) DEL LLAMADO TITULO EJECUTIVO APORTADO COMO BASE DEL RECAUDO DE LA EJECUCION, ESTO ES EL ACTA DE CONCILIACION MATERIA DE LA DEMANDA, SEA COINCIDENTE CON LOS MANDATOS LEGALES, EXIGENCIAS Y REUNION DE REQUITOS NO PRESUMIBLES, Y FINALMENTE CONSTITUYA PLENA PRUEBA (ASEVERO Y REITERO) PLENA PRUEBA DOCUMENTAL EN CONTRA DEL DEMANDADO, y SEA CLARO, EXPRESO Y EXIGIBLE. NO PUEDE PREDICARSE LA EXISTENCIA DE TITULO VIENDO SOLO UNA PARTE DE ESTE, ESTO ES EL ACTA MISMA, FORÁNEA, SIN EL ANALISIS EN CONJUNTO DEL AUTO DE APROBACION ALUSIVO QUE ES SU COMPLEMENTO.

CON FUNDAMENTO EN LOS RELATOS NARRADOS CON PRECEDENCIA, PROONGO LAS SIGUIENTES Y AFINES

#### **EXCEPCIONES DE MERITO:**

1. INEXIGIBILIDAD DE LA EJECUCION EN CONTRA DEL DEMANDADO DERIVADA EXCLUSIVAMENTE DEL TITULO EJECUTIVO COMPLEJO Y/O COMPUESTO BASE DE LA EJECUCION Y, POR ENDE, FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA:

##### **FUNDAMENTOS FACTICOS:**

Se aporta por la demandante señora Luz Mary Torrente V, en su condición de madre de la menor Alejandra Murcia, como título ejecutivo el acta de audiencia de conciliación adelantada ante la Comisaria Tercera de Familia de la ciudad, No. 4161.2.9.7617-2511.

Dicha acta, como bien puede apreciarse señora juez, se divide en dos cuerpos. Uno, el acuerdo mismo que corresponde a la conciliación; Ésta se firma y suscribe por sus intervinientes. En ella se acuerda el pago de unas obligaciones en los términos allí indicados. En la parte final de dicho acuerdo, acta o conciliación, a la letra se dice: "*como quiera que los padres llegaron a un acuerdo conciliatorio sobre custodia, regulación de visitas, y cuota de alimentaria (sic) respecto a la niña Alejandra Murcia Torrente, ESTE DESPACHO ASI LO APROBARA MEDIANTE AUTO...*" (ASI LA APROBARA MEDIANTE AUTO. TENGASE EN CUENTA ESTE APARTE). (resaltado personal). Es decir, el acuerdo conciliatorio, conforme a lo concertado en la Comisaria de familia, queda SUPEDITADO, CONEXO, DEPENDIENTE Y SUJETO AL POSTERIOR AUTO POR MEDIO DEL CUAL SE IMPRIMA SU CORRESPONDIENTE APROBACION. Es decir, ya esa acta pierde su singularidad, ya no es un título SIMPLE o SINGULAR, ya no vive sola, pues ésta subsiste de otro auto, de otra decisión, el que le imparta aprobación a tal acuerdo.

El otro, esto es, el segundo cuerpo del título ejecutivo lo constituye el auto por medio del cual se aprueba el precitado acuerdo conciliatorio, lo que, como he venido señalando, convierte ese legajo en COMPLEJO O COMPUESTO como lo ha llamado el legislador otrora y remotas épocas,





por cuanto, para este caso singular, sin la coherencia y congruencia del primer cuerpo con el segundo, no pueden existir independientemente uno y otro de dichos documentos. Ambos son uno solo. Uno depende intrínseca y obligatoriamente del otro. Ni uno es principal ni otro, cualquiera que sea, es subsidiario. SON UNO SOLO ASI SE ENCUENTRE representado EN VARIOS OTROS.

Trayendo a mención señora Juez, un aparte de una de tantas sentencias que han constituido precedente jurisprudencial, me permito traducir lo siguiente para mayor entendimiento del asunto así: *"El título ejecutivo bien puede ser singular, es decir, estar contenido o constituido por un solo documento, por ejemplo un título valor, o bien puede ser complejo, esto es, cuando se encuentra integrado por un conjunto de documentos, como por ejemplo por un contrato, más las constancias de cumplimiento o recibo de las obras, servicios o bienes contratados, el reconocimiento del deudor respecto del precio pendiente de pago, el acta de liquidación, etc. En todo caso, los documentos allegados con la demanda deben valorarse en su conjunto, con miras a establecer si constituyen prueba idónea de la existencia de una obligación clara, expresa y exigible a favor del ejecutante. FUENTE FORMAL: CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO - ARTICULO 422"*

Colorario de lo anterior, puede afirmarse con certeza que el título complejo arrimado a la demanda visto y analizado en conjunto como legalmente corresponde, no reúne la totalidad de los requisitos exigidos por el artículo 422 del Código General del Proceso, en virtud a que no es completamente claro, expreso, exigible y menos constituye plena prueba en contra del demandado, ello en tanto que, continuando con el camino o análisis descrito en este ítem, dentro del ya intitulado segundo cuerpo del título tantas veces mencionado, parte resolutive (aparte: DISPONE) inciso primero, literalmente y textualmente dice:

*"Apruébese el acuerdo respecto a la cuota alimentaria: el padre señor ALEJANDRA MURCIA TORRENTE, suministrara la suma de CIENTO VEINTE MIL PESOS (\$120.000) MENSUALES, los cuales entregara de la siguiente manera: \$60.000 mil pesos cada quince días los días 1 y 15 de cada mes a partir del 01 de marzo de 2014, en efectivo y el padre obtendrá un recibo como constancia de lo entregado a la madre, Esta cuota se incrementara anualmente de acuerdo al IPC " (resaltado para ser entendido, fuera del texto).*

*No se requiere ahondar en un análisis profundo para avizorar que la redacción cuestionada dio lugar a dejar ilegal el acuerdo en su totalidad y quitarle la certeza de título ejecutivo con el cual pueda acudir a la jurisdicción y demandar ejecutivamente. . No es error por lapsus scriptum, ni mecanográfico. Es una clara irregularidad que forja incurso el principio de congruencia procesal. Y no otra forma de corregirlo es rehacer la totalidad del acta, del acuerdo, del título mismo, dada su clara ejecutoria y firmeza.*

Si bien es cierto, deducible e indiscutible que con antelación, aunque en la misma data del auto aprobatorio referido inciso precedente, existió un acta de conciliación en la que el suscrito se comprometió a cumplir con las obligaciones allí descritas, no lo es menos, y como lo he apuntalado en el decurso de esta constatación, es un hecho, un acto, una situación procesal QUE NO SE PUEDE PRESUMIR, si bien es cierto, repito que existe esa acta de conciliación, la misma se sujetó al auto que la aprueba, PERO, observe señora Juez, que dentro de esta providencia aprobatoria se incurrió en garrafal error, puramente documental, al no obligar a EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY al pago de la obligación con antelación acordada, puesto que, sin descender mucho en el literal de ese aparte lo que allí dice es que el padre señor Alejandra Murcia Torrente, suministrará... NO DICE EL PADRE SEÑOR ROBERTO MURCIA GODOY SUMINISTRARÁ, esto es, excluye de la obligación de suministrar una obligación A EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY conforme a lo pactado y la traslada a otro sujeto.

Y es por ello señora JUEZ que el título complejo en referencia, bajo el rigor del legislador, bajo esa irrefutable posibilidad de no poderse presumir, es decir, de CREER, PROFESAR, OPINAR O DEDUCIR SIQUIERA MENTALMENTE QUE "ESO SE SUPONE, SE COLIGE O que SE ENTIENDE", (l ley no aplica así) ese título no cumple con los requisitos descritos con tanta insistencia como son el ser claro, expreso, exigible y de constituir plena prueba en contra del demandado.

El título ejecutivo debe demostrar la existencia de una prestación incuestionable e incontrovertible en beneficio de una persona y a cargo de un obligado. Debe observar innegablemente de cara al obligado en favor de su acreedor, una conducta de dar, de hacer, de no hacer o de pagar una suma de dinero, como principio básico de las obligaciones, y esa obligación debe ser expresa, clara y exigible, exigencia y requisitos que debe reunir todo título ejecutivo, sin tomar en cuenta aun de donde provenga.





Por ello, los títulos ejecutivos deben gozar de indudables condiciones esenciales, Formales y Sustanciales. Aquellas atienden a que la obligación debe constar en documentos auténticos que provengan del deudor o de su causante y que constituyan plena prueba contra él e incluso, como lo indica la norma, en "providencias emanadas de autoridades competentes que tengan fuerza ejecutiva, conforme a la ley" como las sentencias de condena y otro tipo de providencias judiciales que impongan obligaciones. Por su parte, las condiciones sustanciales se convierten en deberes en las que se acrediten a favor del ejecutante o de su causante y a cargo del ejecutado o de su causante prestaciones u obligaciones que deben ser claras, expresas y exigibles.

Entonces. Una obligación es Clara cuando en el documento constan todos los elementos que la integran, esto es, el acreedor, el deudor, el objeto o prestación perfectamente individualizados, determinados, de quienes no haya DUDA NI INCERTIDUMBRE de ser el obligado. En cuanto al requisito de la claridad bastaría decir que la obligación sea entendible que no se preste para confusiones, irregularidades procesales, nulidades, o afines; Y es obligación Expresa, la que está sin duda alguna debidamente determinada en el documento mismo. Se descartan en este aparte las implícitas o presuntas. De ahí que un título de ninguna manera pueda presumirse, como lo he venido diciendo, bien en las partes, en el objeto y menos aún en la exigibilidad o fecha para su cumplimiento. Y es obligación exigible aquella que determina la situación de pago o solución inmediata por no estar sometida a plazo, condición o modo, por tratarse de una obligación pura y simple. Pero además DEBE CONSTITUIR PLENA PRUEBA EN CONTRA DEL DEMANDADO, prueba que debe ser precisa, concreta, conducente y si esos requisitos no se cumplen pues el título, así preste merito ejecutivo, no es susceptible, ni idóneo ni suficiente ya para el estrado judicial, ya para el operador jurídico, ya para la ley; no es viable librar un mandamiento ejecutivo y menos proferir una decisión de fondo cuando no existe certeza, hablando de certeza puramente documental, de la claridad y prueba en contra del sujeto o extremo pasivo, que se le presenta en un título ejecutivo de la naturaleza compleja como se avizora ahora en esta acción ejecutiva. Bien se afirma que una es la verdad procesal y otra la verdad real. Para el caso no aplica más que la procesal.

Aunado a lo anterior, no solamente con base en lo dispuesto por la ley 640/2001, prg.1 art. 1º, sino también con normas procesales atinentes al asunto, las copias ciertamente prestan merito ejecutivo si además aparecen las constancias de su ejecutoria y de ser primera copia. Requisitos que igualmente obran por su ausencia, por lo menos dentro de las copias del traslado que en oportunidad me fuera entregado al momento de ser intimada la demanda y el mandamiento ejecutivo. De estar incompleto dicho traslado ya otro es el medio de defensa para tal efecto.

En sinopsis de lo descrito con antelación, no existiendo una obligación suficientemente clara, expresa, exigible, dadas las razones expuestas, y menos una obligación que conforme al título ejecutivo COMPLEJO materia de Litis, constituya plena prueba en contra del demandado, no quedaría otro camino más que el de despachar favorablemente la excepción formulada por inexistente de cara al título de marras y resultando de ella una falta de legitimación en la causa por pasiva. En tal virtud, igualmente dejando sin efecto alguno el mandamiento ejecutivo o de pago librado dentro de la foliatura o negando el mismo.

Finalmente, Doctora, considero que el hecho de no haberse librado mandamiento ejecutivo por algunas situaciones acordadas dentro de la primera parte del acta de conciliación, conforme a lo expresado, significa de tal manera, que ciertamente se advirtió por el despacho que dichas obligaciones no ordenadas en el auto de marras, no estaban claras, expresas ni probadas en contra del demandado, y que, como se avizora, tampoco eran precisas dentro de la segunda parte de dicha conciliación (título complejo) esto es, dentro del auto que aprueba la avenencia o convenio indicado. Siendo así, ahora, ni en esta oportunidad, luego de proferida la providencia anunciada, no podría desligarse una de otra (el acta y su aprobación) y en este momento, sin aplicación de esa normativa de título complejo, tomar solamente, para respaldar una presunta legalidad en el mandamiento ejecutivo, tomar, repito, como viable y como título ejecutivo únicamente la primera parte del tantas veces acuerdo conciliatorio, dándole una connotación de título ejecutivo simple, desconociéndose no solamente su irregular aprobación sino también el error que se aprecia en la aprobación emanada por auto de la comisaría de familia.

Así las cosas, Señora Juez, respetuosamente y reiterando el reconocimiento que tengo de la obligación alimentaria para con la menor, derivada de la situación económica difícil que me aqueja desde hace bastante tiempo, cinco o más años, y la falta de capacidad económica al respecto, atendiendo también a la facultad que ostento de hacer uso del derecho de contradicción y defensa, al debido proceso (art 29 C. N) a la oportunidad para formular excepciones de mérito diferentes a la del pago tráda por el legislador (ley 1098) conforme a





jurisprudencia reiterada en cuanto a extender a esa de pago excepciones de otra naturaleza por simple reconocimiento de la admitida responsabilidad objetiva, **pero**, finalmente remitiéndome a las exigencias del legislador en aplicación plena de los requisitos que debe contener todo título ejecutivo para poder librar orden de pago o mandamiento ejecutivo, me permito a usted elevar las siguientes

#### PETICIONES:

1. DECLARAR PROBADA LA EXCEPCION DE INEXIGIBILIDAD DE LA EJECUCION EN CONTRA DEL DEMANDADO DERIVADA EXCLUSIVAMENTE DEL TITULO EJECUTIVO COMPLEJO Y/O COMPUESTO BASE DE LA EJECUCION Y, POR ENDE, FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA, dados los presupuestos expuestos en los hechos de la presente excepción.
  2. EN TAL VIRTUD, negar el mandamiento ejecutivo correspondiente y ordenar el levantamiento de la medida cautelar decretada,
  3. Sin condena en costas en contra del suscrito.
- 2. EXCEPCIÓN DENOMINADA: RECONOCIMIENTO DEL DERECHO FUNDAMENTAL CONSTITUCIONAL AL MÍNIMO VITAL EN RAZÓN A LA INCAPACIDAD ECONÓMICA ACTUAL Y AL DERECHO FUNDAMENTAL A LA VIDA DIGNA.**

#### FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO.

- a. El reconocimiento y observancia al mínimo vital, Doctora, como lo ha descrito en diversas ocasiones la Honorable Corte Constitucional, "*...es una de las garantías de mayor relevancia en el marco del Estado Social de Derecho, que encuentra fundamento en otros derechos fundamentales como la vida, la salud, el trabajo y la seguridad social y, además, porque en sí mismo es la garantía de la vida digna. Aunado a ello, este derecho busca que el individuo alcance los recursos que le permitan desarrollar un proyecto de vida*" (T, 629/16 entre otras)". Valga asentar que desde ningún punto de vista pretendo con esta rogativa exceptiva involucrar una acción constitucional confundiéndola con una excepción como mecanismo de defensa. Por innominadas que son las excepciones de fondo, enfoco, simplemente, estos aspectos facticos constitucionales y de derecho, a un medio de defensa exceptivo al cual intitulé con el designado nombre que di en este aparte.
- b. Es así como, a voces de la misma Corte, siendo la pensión de vejez, como en mi caso concreto, mi único sustento de vida, sin abandonar el mínimo vital personal ni la subsistencia medianamente digna, para efectos de proveer mediante embargo en el porcentaje decretado, el pago de la obligación alimenticia que ocupa esta acción ejecutiva, considero en eco de lo plasmado jurisprudencialmente, que se hace necesario, con respeto lo digo, sopesar el verdadero ingreso mensual pensional que ostenta el demandado de cara al porcentaje del monto a cautelar. Esto es. Si por excepción en prelación de alimentos la ley dispone la viabilidad de un embargo DE HASTA EL 50% DEL INGRESO PENSIONAL, no significa que ese embargo deba ser exclusivo hasta el límite máximo del 50%, toda vez que, ahora con conocimiento de causa, señora juez, viendo el real ingreso de mi pensión, el valor real que percibo, en conjunto con mis gastos de arriendo, gastos médicos de mi esposa, necesidades básicas y alimentación, esa cautela que podría ascender hasta el 50% estaría incurso en el desconocimiento del mínimo vital y la vida digna del suscrito.
- c. Quiero con lo anterior dar a entender que no procuro hacer ilusoria la ejecución, para lo cual la única forma de pago que ostento es precisamente el embargo de mi pensión. Por el contrario, pretendo que el monto embargado sea reducido a un porcentaje, constitucionalmente equitativo, que no desconozca ni mis necesidades básicas como son la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la atención en salud personal y de mi esposa, quien no percibe ningún emolumento mensual ya que se encuentra impedida para laborar por su precaria salud y, por ende, depende al 100% del suscrito, prerrogativas, entre otras esenciales, nunca suntuosas, cuya titularidad es indispensable para hacer efectivo el derecho a la dignidad humana, valor fundante del ordenamiento jurídico constitucional y, su señoría, ni





tampoco desconocer, bajo tal ponderación como administradora de justicia que es usted, se desconozcan las necesidades básicas de la menor petente.

- d. En consonancia con lo plasmado en los literales preliminares, trayendo en su aplicación el bloque de constitucionalidad de que trata la carta del 91, si quiero hacer mención de un aparte con transcripción del siguiente ítem de la tutela 678/17, así: "Esta Sala entiende que la interpretación constitucionalmente aceptable del artículo 344 del Código Sustantivo del Trabajo implica, por una parte, que el cincuenta por ciento es el monto máximo del embargo, mas no se trata de un monto único y obligatorio. Ello implica que la decisión de un juez de decretar el embargo a una mesada pensional a favor de cooperativas (para el caso, alimentos) (paréntesis personal) exige siempre un análisis del caso concreto a la luz de la proporcionalidad, teniendo en cuenta las condiciones del embargado, para efectos de que nunca se vulnere su mínimo vital. Un embargo que resulte desproporcionado frente al mínimo vital, será contrario a la Constitución"
- e. Es por ello su señoría que, como lo aduje en la contestación a los hechos de la demanda, mal puede afirmarse por la ejecutante que cuento con suficiente capacidad económica en tanto y/o apoyada en que percibo una pensión. La actora también cuenta con ingresos tal vez superiores a los del suscrito, de los cuales por ley igualmente debe cubrir el 50% de los gastos de la menor y, ya los que a ella por su subsistencia le corresponden. Entendiendo que pagará su propio arriendo, su propia alimentación, sus médicos y demás. Pero, sin entronizar el tema, acá no involucro los alimentos congruos de la señora con los necesarios de la menor, estos que, si en realidad de verdad me corresponden, Reitero. Recibir una pensión en el monto al que asciende la que recaudo, (prácticamente insuficiente para responder por tantas obligaciones de subsistencia) como único medio de vida, no implica contar inevitablemente con ese componente económico que permita responder por un embargo, esto en el monto porcentual y cautelado diametralmente y contrario a mi realidad económica referente. De tal manera que, encauzado en este género económico, es decir, cuando se encuentran el embargo de la pensión, el mínimo vital y la vida digna, el alto tribunal, además de lo transcrito renglones anteriores, defendió la acertada decisión en la que abre la teoría de que el derecho al mínimo vital "tiene una connotación cualitativa y no cuantitativa. Quiere ello decir que, aunque el monto de los ingresos adquiridos por una persona, pueden determinar el grado de afectación al mínimo vital, una posible vulneración no termina en la cuantía. Así, este Tribunal ha sostenido que, aun cuando esta garantía constitucional está intrínsecamente ligada con el monto de salario mínimo que devenga una persona, no se puede asentar que ello permita que esta, pueda vivir dignamente".
- f. Concentrado con lo anterior, debo a la señora juez informar que, además de esos básicos gastos que emanan de mi ingreso pensional como único sustento de vida, cuento con un crédito en mora adquirido para abogar por gastos pretéritos atrasados incluso también de la menor peticionaria, todo lo que en conjunto, sin que tintinee a lamentación de mi parte, ha despuntado en la dificultad de cumplir con esa responsabilidad, siquiera en lo mínimo, y ha superado mi escasa capacidad económica, impidiéndome consumir la obligación alimentaria reclamada con esta acción y así lo admito. Pero de igual forma, respaldándome en la constitución, en la oportunidad de contradicción, en el derecho de defensa, en lo procesal y en la misma administración justa y equitativa que reviste a la operadora jurídica, me permito solicitar el reconocimiento a mi mínimo vital, sin desconocimiento del de la menor, elevando a usted la solicitud de ponderar en un porcentaje inferior la medida cautelar al que asciende el monto embargado, en tanto que, reitero, la norma acentúa que se podrá embargar HASTA un 50% pero partiendo incluso del 1%. Es hasta, mas no un único e imperativo 50%.
- g. Así las cosas, solicito sea igualmente despachada favorablemente esta excepción y se provea por el reconocimiento al mínimo vital del suscrito dada mi incapacidad económica y el detrimento de mi vida digna, derivado incluso del porcentaje embargado de la pensión al suscrito. Para ello solicito se tenga en cuenta que es necesario examinar, como la jurisprudencia lo indica, "los principios de proporcionalidad y solidaridad el derecho de alimentos consulta tanto la capacidad económica del alimentante como la necesidad concreta del alimentario". Y, por ende, se rebaje el monto del porcentaje embargado equitativo a lo que percibo y a lo que, también obligatoriamente debo gastar, incluso por, ahora sí, alimentos congruos y necesarios de mi legítima esposa, de quien conocía su existencia desde un principio la ejecutante.



h. A manera de sustento de lo apuntado con antelación, Señora juez, me permito abreviada y someramente, enlistar mi Ingreso y mis gastos así: Pensión por valor \$1.500.000.. con EGRESOS ASÍ: Descuentos legal por prestaciones en la suma de \$200.000. Significa que mi ingreso real es de \$1.300.000.oo **MENOS:** -Arriendo personal y de mi esposa, \$560.000. (No cuento con inmueble propio). El contrato de arrendamiento que lo respalda se ha prorrogado automáticamente por ley y por ley también se ha venido aumentando con base en el IPC anual. Tanto así señora juez que me he visto en la necesidad de incurrir en mora varias veces y varios meses, conforme se aprecia en recibos de consignación a la arrendadora por tal concepto y que en copia apporto. - Alimentación no inferior a \$300.000 mensual para mi esposa y el suscrito. En realidad, no es suficiente, pero se subsiste. - Enfermedades de mi esposa, médicos, copagos ante la EPS, medicina que no cubre el POS, cirugías, intervenciones hospitalarias, transportes en bus (no tengo vehículo propio, ni arrendado ni en posesión) por una suma no inferior a \$200.000 M.cte. mensuales y más. Para su conocimiento, mi esposa tiene más de 70 años, no es pensionada y por su salud no percibe ninguna clase de emolumento. - Servicios públicos domiciliarios en un valor que asciende a \$200.000. mensuales y como puede observarse he tenido, por causa de dichos ingresos inferiores a la misma subsistencia, diversas suspensiones de los mismos (agua, luz etc) como es el caso que precisamente ahora me sucede. El no poder pagar servicios no queda más que en recibir el corte o suspensión, lo que incide en incluso, haberseme pedido el inmueble donde habito. - Tengo crédito cooperativo en Mora, adquirido hasta cuando pude sustentar lo de la menor demandante, del cual se me hacía descuento hasta casi un 50% del valor de ingreso por pensión, mismo que se encuentra por tanto en mora actualmente, dada la entrada del embargo que deriva de esta ejecución por la prelación crediticia legal correspondiente. Esto no lleva más que a colegir señora Juez que el hecho de embargárseme hasta casi 50% de la pensión, (la que Sí en realidad es mínima conforme a lo anotado) en ese límite superior al medio, deja sin recurso alguno de vivienda, medico, alimentación y demás o cualquiera de ellos, mi vida y, por tanto, mi mínimo vital. Tanto mi esposa como el suscrito ya somos adultos mayores, también protegidos constitucionalmente y adquirentes de prerrogativas en cuanto a nuestra vida digna, nuestra subsistencia y nuestro mínimo vital.

#### PRUEBAS

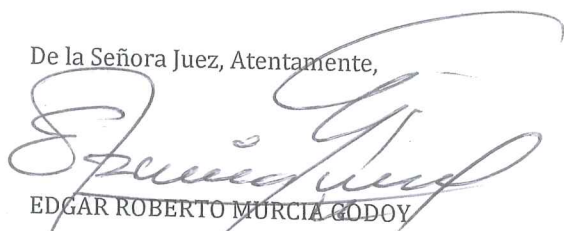
Para demostrar lo aquí dicho señora Juez, me permito adjuntar como pruebas las que enuncio a continuación. - Certificado de ingreso de mi pensión. - Contrato de arrendamiento suscrito por este pasivo para suplir mi vivienda y la de mi esposa. Sendas copias que acreditan para este plenario y esta excepción las enfermedades de mi esposa y la patología encontrada a la misma. - Dependencia económica absoluta de mi esposa que corresponde al suscrito. - Copias de recibos de gastos en servicios públicos domiciliarios que debo también cubrir paulatinamente. - Ya en cuanto a pruebas de gastos de alimentación es más que (y procesalmente hablando) un hecho notorio el costo de una canasta familiar mínima para medianamente subsistir.

En los anteriores términos, señora Juez, dejo contestada la demanda ejecutiva de la referencia

#### NOTIFICACIONES.

Recibo notificaciones, en el lugar indicado para tal fin en la demanda.

De la Señora Juez, Atentamente,

  
EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY  
C.C. N O. 19/202-771





**GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS**  
**DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS**

**CERTIFICACION PENSIÓN**

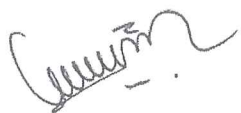
Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía No. 19202771**, con Número de Afiliación: **919202771100**, esta Administradora mediante resolución No. **355818** de **2013** le concedió pensión de **VEJEZ** registrando fecha de ingreso a nómina **Diciembre de 2013**.

Que para la NOMINA de **Diciembre de 2019** en la Entidad **7-BANCOLOMBIA ABONO CUENTA - 764-JAMUNDI CR 10 11 81 JAMUNDI** No. de Cuenta **76417958424**, al pensionado(a) **MURCIA GODOY** se giraron los siguientes valores:

| DEVENGADOS       |                 | DEDUCIDOS            |               |
|------------------|-----------------|----------------------|---------------|
| VALOR PENSION    | \$ 1,508,319.00 | SALUD S O S          | \$ 181,000.00 |
|                  |                 | EMBARGO/CONCILIACION | \$ 398,196.00 |
| TOTAL DEVENGADOS | \$ 1,508,319.00 | TOTAL DEDUCIDOS      | \$ 579,196.00 |
|                  |                 | NETO GIRADO          | \$ 929,123.00 |

Estado: **ACTIVO**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá, portal, el día 27 de febrero de 2020.

  
**DORIS PATARROYO PATARROYO**  
Director(a) de Nómina de Pensionados





**GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS**  
**DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS**

**CERTIFICACION PENSIÓN**

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **19202771**, con Número de Afiliación: **919202771100**, esta Administradora mediante resolución No. **355818** de **2013** le concedió pensión de **VEJEZ** registrando fecha de ingreso a nómina **Diciembre de 2013**.

Que para la NOMINA de **Enero de 2020** en la Entidad **7-BANCOLOMBIA ABONO CUENTA - 764-JAMUNDI CR 10 11 81 JAMUNDI** No. de Cuenta **76417958424**, al pensionado(a) **MURCIA GODOY** se giraron los siguientes valores:

| DEVENGADOS       |                 | DEDUCIDOS            |                 |
|------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| VALOR PENSION    | \$ 1,565,635.00 | SALUD S O S          | \$ 156,600.00   |
| NOTA DEBITO      | \$ 30,100.00    | EMBARGO/CONCILIACION | \$ 422,711.00   |
| TOTAL DEVENGADOS | \$ 1,595,735.00 | TOTAL DEDUCIDOS      | \$ 579,311.00   |
|                  |                 | NETO GIRADO          | \$ 1,016,424.00 |

Estado: **ACTIVO**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá, portal, el día 27 de febrero de 2020.



**DORIS PATARROYO PATARROYO**

Director(a) de Nómina de Pensionados



**GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS**  
**DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS**

**CERTIFICACION PENSIÓN**

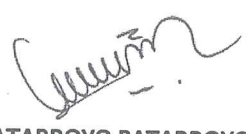
Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía No. 19202771**, con Número de Afiliación: **919202771100**, esta Administradora mediante resolución No. **355818** de **2013** le concedió pensión de **VEJEZ** registrando fecha de ingreso a nómina **Diciembre de 2013**.

Que para la NOMINA de **Noviembre** de **2019** en la Entidad **7-BANCOLOMBIA ABONO CUENTA - 764-JAMUNDI CR 10 11 81 JAMUNDI** No. de Cuenta **76417958424**, al pensionado(a) **MURCIA GODOY** se giraron los siguientes valores:

| DEVENGADOS       |                 | DEDUCIDOS       |                 |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| VALOR PENSION    | \$ 1,508,319.00 | SALUD S O S     | \$ 181,000.00   |
| MESADA ADICIONAL | \$ 1,508,319.00 | PRESTAMO LAGOBO | \$ 489,137.00   |
| TOTAL DEVENGADOS | \$ 3,016,638.00 | TOTAL DEDUCIDOS | \$ 670,137.00   |
|                  |                 | NETO GIRADO     | \$ 2,346,501.00 |

Estado: **ACTIVO**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá, portal, el día 27 de febrero de 2020.

  
**DORIS PATARROYO PATARROYO**  
Director(a) de Nómina de Pensionados







11

## CONTRATO DE ARRENDAMIENTO

Lugar y fecha Jamundi, 1. Agosto 2013.

Arrendador María Leonor Ramirez de Ospina.

Arrendatarios Roberto Murcia Godoy.

coarrendatarios: Carolina Murcia Alvirga  
Antonio Jose Plaza Jordán.

### CONDICIONES GENERALES:

**PRIMERA.-** Los arrendatarios se obligan en forma solidaria al cumplimiento de este contrato para todos los efectos.

**SEGUNDA.- OBJETO DEL CONTRATO.-** Mediante el presente contrato EL ARRENDADOR concede a LOS ARRENDATARIOS el goce del inmueble que en adelante se identifique por su dirección y linderos de acuerdo con el inventario que las partes firman por separado, el cual forma parte de este contrato.

**TERCERA.- DIRECCIÓN DEL INMUEBLE.-** El inmueble objeto de este contrato se encuentra ubicado en las Riberas del Rosario Alfaguara, Cra 16 Sur #2-52, Jamundi (Valle) casa 26 Manzana 5

### CUARTA: LINDEROS DEL INMUEBLE.-

Nort. Oriente: En línea recta de 11.5 mts con el lote N° 27 de la misma manzana.

Sur Oriente: En línea recta en longitud de 5.5 mts con la manzana 5 al medio con vía interna de la misma urbanización.

Sur Occidente: En línea recta en longitud de 11.5 mts con el lote N° 25 de la misma manzana.

Nort Occidente En línea recta en longitud de 5.5 mts con el lote N° 13 de la misma manzana.





12  
34

**QUINTA.- DESTINACION.-** LOS ARRENDATARIOS se comprometen a destinar el inmueble objeto de este contrato para vivienda única y exclusivamente.

**SEXTA.- PRECIO.-** El canon de arrendamiento se fija en la suma de Cuatrocientos cincuenta mil pesos MIL PESOS M/CTE (\$450.000,00) mensuales, pagaderos dentro de los primeros cinco (5) días de cada periodo mensual por anticipado al ARRENDADOR o a su orden Administración \$ 32.000 mensuales.

**SEPTIMA.- INCREMENTO.-** Vencido el primer periodo de vigencia de este contrato y así sucesivamente cada doce (12) mensualidades, en caso de prórroga tácita o expresa en forma automática de requerimiento alguno entre las partes el precio mensual del arrendamiento se incrementará en lo autorizado por el gobierno nacional.

**OCTAVA.- LUGAR DE PAGO.-** Los ARRENDATARIOS cancelaran el precio pactada en la cláusula SEXTA en la ciudad de consignar en la cuenta # 135-015 26-1 AV villas a nombre M<sup>te</sup> Leonor Ramirez de Ospina. La cuota de administración mensual a los vigilantes o en la casa club.

**NOVENA.- VIGENCIA DEL CONTRATO.-** El término del contrato será de DOCE (12) meses contados a partir

**DECIMA.- PRORROGAS.-** Las prórrogas de este contrato se regirán por las normas del Código Civil y de Comercio.

**DECIMA PRIMERA.- SERVICIOS.-** Los servicios públicos de ENERGÍA - ACUEDUCTO- EMSIRVA - ALCANTARILLADO Y TELÉFONO estarán a cargo de los ARRENDATARIOS. **PARAGRAFO.-** Los ARRENDATARIOS deben de entregar copia de los recibos de los servicios cancelados oportunamente a la dirección indicada o el teléfono indicado en la cláusula SEXTA.

**DECIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL.** El incumplimiento por parte de los ARRENDATARIOS a cualesquiera de las cláusulas de este contrato los constituirá en deudores de LA ARRENDADORA por una suma equivalente al duplo del precio mensual del arrendamiento que este vigente en el momento en que tal incumplimiento se presente a título de pena.

**PARAGRAFO PRIMERO.- INTERESES DE MORA.-** En caso de mora en el pago del canon de arrendamiento se causaran intereses equivalentes al dos punto cinco (2.5%) por ciento.

NOTARIA





**PARAGRAFO SEGUNDO.-** Se entenderá en todo caso, que el pago de la pena no extingue la obligación principal y que el ARRENDADOR podrá pedir a la vez el pago de ésta y la indemnización de perjuicios si es el caso. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro de esta pena y los ARRENDATARIOS renuncian a cualquier requerimiento privado o judicial para constituirlos en mora del pago de esta o cualquier otra obligación derivada del presente contrato de que tratan los artículos 2035 del C.C. y 424 del C.P.C..

**DECIMA TERCERA.- ESPACIOS EN BLANCO.-** Los ARRENDATARIOS facultan expresamente al ARRENDADOR para llenar los espacios en blanco del presente contrato.

**DECIMA CUARTA.- PREAVISO O DESAHUCIO.-** Las partes se obligan a dar el correspondiente aviso para la entrega del inmueble objeto de este contrato con una anticipación de dos (02) meses por escrito a través de correo certificado.

**DECIMA QUINTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.-** El presente contrato terminara expresamente por las siguientes causales: a) La cesión o el subarriendo. b) El cambio de destinación del inmueble objeto de este contrato. c) El no pago del precio dentro del termino previsto en el presente contrato. d) La destinación del inmueble para fines ilicitos o contrarios a las buenas costumbres o que representen peligro para el inmueble o la salubridad de los habitantes. e) La realización de mejoras, cambios o modificaciones del inmueble sin la expresa autorización por escrito del ARRENDADOR. f) El no pago de los servicios públicos a cargo de los ARRENDATARIOS, siempre que origine la desconexión o pérdida del servicio, y g) Las demás previstas en la Ley.

**DECIMA SEXTA.- CESION.-** Los derechos de este contrato podrán cederse libremente y tal cesión producirá efectos respecto de los ARRENDATARIOS a partir de la fecha de la comunicación certificada en que a estos se comuniqué.

**DECIMA SEPTIMA.- RECIBO Y ESTADO.-** Los ARRENDATARIOS declaran que han recibido el inmueble objeto de este contrato lo han recibido en buen estado conforme al inventario que hace parte del mismo y que en el mismo estado lo restituirán al ARRENDADOR a la terminación del presente contrato o cuando este haya de cesar por alguna de las causales previstas, salvo deterioro proveniente del tiempo y del uso legítimo

**PARAGRAFO.-** Los ARRENDATARIOS no podrán ejecutar en el inmueble objeto de este contrato mejoras de ninguna especie excepto las reparaciones locativas sin permiso escrito del ARRENDADOR, si se ejecutaren sin autorización del propietario del inmueble éste no tendrá que indemnizar a quien las efectuó, pero







**DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**

En Jamundi Valle a: **01 AGO 2013**

MARIA STELLA HERRERA (E) de Jamundi Valle hace constar que el documento que antecede fue presentado por el/los declarante/s.

**NOTARIA UNICA JAMUNDI**  
AUTENTICACION  
EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY  
C.C 19.202.771

Fecha: 01/08/2013 Hora: 08:59 a.m.

166611

Declaró que su contenido es cierto y verdadero y que la Firma y la huella que en él aparecen son suyas.

*[Firma]*  
Firma Declarante

*[Huella]*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
AUTENTICACION  
NOTARIA 21 DE SAN JUAN

REPUBLICA DE COLOMBIA  
Dpto. Del Valle del Cauca  
NOTARIA UNICA DE JAMUNDI  
MARIA STELLA HERRERA MAFLA  
NOTARIA ENCARGADA

**DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**

En Jamundi Valle a: **02 AGO 2013**

MARIA STELLA HERRERA (E) de Jamundi Valle hace constar que el documento que antecede fue presentado por el/los declarante/s.

**NOTARIA UNICA JAMUNDI**  
AUTENTICACION  
NANCY CAROLINA MURCIA ALVIRA  
C.C 25.280.329

Fecha: 02/08/2013 Hora: 10:17 a.m.

166756

Declaró que su contenido es cierto y verdadero y que la Firma y la huella que en él aparecen son suyas.

*[Firma]*  
Firma Declarante

*[Huella]*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
Dpto. Del Valle del Cauca  
NOTARIA UNICA DE JAMUNDI  
MARIA STELLA HERRERA MAFLA  
NOTARIA ENCARGADA

**DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**

En Jamundi Valle a: **02 AGO 2013**

MARIA STELLA HERRERA (E) de Jamundi Valle hace constar que el documento que antecede fue presentado por el/los declarante/s.

**NOTARIA UNICA JAMUNDI**  
AUTENTICACION  
ANTONIO JOSE PLAZA JORDAN  
C.C 94.503.748

Fecha: 02/08/2013 Hora: 10:18 a.m.

166767

Declaró que su contenido es cierto y verdadero y que la Firma y la huella que en él aparecen son suyas.

*[Firma]*  
Firma Declarante

*[Huella]*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
Dpto. Del Valle del Cauca  
NOTARIA UNICA DE JAMUNDI  
MARIA STELLA HERRERA MAFLA  
NOTARIA ENCARGADA



JORGE ENRIQUE QUINTERO FLOREZ  
Abogado

deberán entregar el bien inmueble objeto de este contrato pintado y en condiciones para volver a ser habitado.

**DECIMA OCTAVA.- ABANDONO DEL INMUEBLE.-** Al suscribir el presente contrato los ARRENDATARIOS facultan expresamente al ARRENDADOR para entrar en el inmueble y recuperar su tenencia con el solo requisito de la presencia de dos (02) testigos (fuerza pública) en procura de evitar el deterioro o desmantelamiento del inmueble objeto de este contrato, siempre que por cualquier circunstancia el mismo permanezca abandonado o deshabitado por el término de un (01) mes o más y que la exposición al riesgo sea tal que amenace la integridad física del bien o la seguridad del vecindario.

**DECIMA NOVENA.- AUTORIZACION Y RESTITUCION.-** Los ARRENDATARIOS autorizan expresamente al ARRENDADOR y a su eventual cesionario o subrogado para incorporar, reportar, procesar y consultar en banco de datos la información que se relacione con el presente contrato o lo que de él se derive. La restitución del inmueble se hará en las mismas condiciones locativas y de pintura que se entrega.

**PARAGRAFO.-** Cualquier deterioro de uso normal en la pintura y los muebles de madera excepto los daños causados intencionalmente serán de responsabilidad absoluta de los ARRENDATARIOS y éstos deberán responder por ello en la entrega del inmueble en caso contrario responderán penalmente por los delitos de abuso de confianza y daño en bien ajeno.

**VIGESIMA.- TITULO EJECUTIVO.-** El presente contrato presta mérito ejecutivo y podrá cobrarse judicialmente a los ARRENDATARIOS.

**VIGESIMA PRIMERA.- IMPUESTO DE TIMBRE.-** El presente contrato no causa impuesto de timbre por ser inferior a la suma de \$ 53.500.000,00 exigida por la DIAN.

Para constancia se firma en la ciudad de Jamundi  
mes de del año (2.013).

a los 18 Agosto días del

Arrendatario:

*Roberto Murcia Godoy*  
19.202.771 Bogotá

Arrendadora

*[Firma]*

25.280.329

94503740





15  
E3

03 346650

**DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL RECONOCIMIENTO**

En Santiago de Cali, el 05/08/2013 a las 10:54 a.m. ,el escrito que antecede fue presentado personalmente por:

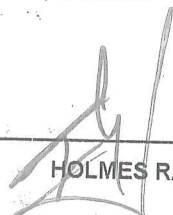
**MARIA LEONOR RAMIREZ DE OSPINA**

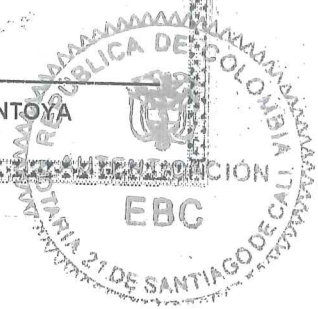
Quien exhibió :  
**C.C. 38.972.099**

quien ademas declaro que su contenido es cierto y verdadero y que la firma y la huella que en el aparecen son suyas

  
El Compareciente



  
**HOLMES RAFAEL CARDONA MONTOYA**  
NOTARIO





VALORES 72438



COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

16

135-01526-1

AVV 145 20191101 14:36 SC3575 Diurno  
CUENTA:135-01526-1000: 0  
VALOR EFECTIVO: 550,000.00  
VALOR CHEQUE: 0.00  
NOMBRE:  
RAMIREZ DE OSPINA MARIA LEONOR  
\*\*\*8363 LINEA AHORROS  
Deposito\_A\_Cuenta  
Costo \$0.00 PIN 12475132105875

Valor \$ 550.000

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

BAVV:CLI-PR0-216-V1 BBOG: 2122141623 (DEP\_FOR\_008 V1 23/11/2015) BOCC: FTP-SER-025 BPOP: 1.103.98010

VALORES 72438



COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

135-01526-1

AVV 157 20191002 10:16 SC 593 Diurno  
CUENTA:135-01526-1000: 0  
VALOR EFECTIVO: 1,100,000.00  
VALOR CHEQUE: 0.00  
NOMBRE:  
RAMIREZ DE OSPINA MARIA LEONOR  
\*\*\*3696 LINEA AHORROS  
Deposito\_A\_Cuenta  
Costo \$0.00 PIN 13587610903614

Valor \$ 1.100.000

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

BAVV:CLI-PR0-216-V1 BBOG: 2122141623 (DEP\_FOR\_008 V1 23/11/2015) BOCC: FTP-SER-025 BPOP: 1.103.98010

VALORES 72438



COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

135-01526-1

AVV 157 20191204 11:30 SC1136 Diurno  
CUENTA:135-01526-1000: 0  
VALOR EFECTIVO: 1,090,000.00  
VALOR CHEQUE: 0.00  
NOMBRE:  
RAMIREZ DE OSPINA MARIA LEONOR  
\*\*\*7468 LINEA AHORROS  
Deposito\_A\_Cuenta  
Costo \$0.00 PIN 12507116802956

Valor \$ 1.090.000

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

BAVV:CLI-PR0-216-V1 BBOG: 2122141623 (DEP\_FOR\_008 V1 23/11/2015) BOCC: FTP-SER-025 BPOP: 1.103.98010

VALORES 72438



COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

135-01526-1

AVV 157 20200102 11:34 SC1262 Diurno  
CUENTA:135-01526-1000: 0  
VALOR EFECTIVO: 550,000.00  
VALOR CHEQUE: 0.00  
NOMBRE:  
RAMIREZ DE OSPINA MARIA LEONOR  
\*\*\*7468 LINEA AHORROS  
Deposito\_A\_Cuenta  
Costo \$0.00 PIN 14597510302868

Valor \$ 550.000

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

BAVV:CLI-PR0-216-V1 BBOG: 2122141623 (DEP\_FOR\_008 V1 23/11/2015) BOCC: FTP-SER-025 BPOP: 1.103.98010

VALORES 72438

BAVV:CLI-PR0-216-V1 BBOG: 2122141623 (DEP\_FOR\_008 V1 23/11/2015) BOCC: FTP-SER-025 BPOP: 1.103.98010

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

AVV 145 20200204 11:44 SC3263 Diurno  
CUENTA:135-01526-1000: 0  
VALOR EFECTIVO: 570,000.00  
VALOR CHEQUE: 0.00  
NOMBRE:  
RAMIREZ DE OSPINA MARIA LEONOR  
\*\*\*0836 LINEA AHORROS  
Deposito\_A\_Cuenta  
Costo \$0.00 PIN 14455737306232

Valor \$ 570.000

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

135-01526-1







17

## Historia General

### Datos de ingreso

Fecha de registro: 15-Ene-2020 10:54:05 am Folio: 224770 Atendido por: LUISA ELENA DEL MORAL NOGUERA TP.: 877799

**Motivo de consulta** CONTROL DE TEMBLOR CEFALICO

**Enfermedad Actual** PACIENTE FEMENINA DE 70 AÑOS, CON TEMBLOR CEFALICO TRATADA CON PROPRANOLOL 20 MG DIA, SIN MEJORIA DE TEMBLOR, SEGUN REFIERE EL ESPOSO ROBERTO MURCIA QUIEN LA ACOMPAÑA.

**COMORBILIDAD** : HTA, DIABETES, HIPOTIROIDISMO

**Quirúrgicos** Quirúrgicos HERNIORAFIA INGUINAL. COLECISTECTOMIA

**Alérgicos** NIEGA

**Tóxicos o farmacológicos** NIEGA

**Medicamentos que recibe actualmente** LOSARTAN, LEVOTIROXINA, METFORMINA, HCTZ, VIT D

### Examen físico

**Estado general** BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO SE EVIDENCIA TEMBLOR

**Cabeza** : Normoencefalo

**Cara** : Simetrica

**Cuello** : Sin Adenopatias

**Cardiopulmonar** : Ruidos sobreagregados, corazon arritmico y con soplos

**Torax** : Simetrico

**Abdomen** : Blando

**Osteomuscular** : Extremidades simétricas, móviles y sin edemas

### Impresión Diagnostica

**Análisis Diagnostico** SE REALIZA VALORACION EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO UPI NEUROLOGICA DRA LUISA ELENA DEL MORAL NOGUERA NEUROLOGA RM 877799 A PACIENTE FEMENINA DE 70 AÑOS, CON TEMBLOR CEFALICO QUE NO RESPONDE A MEDICACION INDICADA PROPRANOLOL, POR LO QUE SE CAMBIA A FENOBARBTAL

**Plan de Tratamiento MEDICO**

**Cita Control** : 3 Meses

**Medicamentos** FENOBARBITAL 50 MG DIA

**Diagnostico**

| Código | Descripción      |
|--------|------------------|
| G250   | Temblor esencial |

**TIPO DE DIAGNOSTICO** : Caso Comun

### Formulación

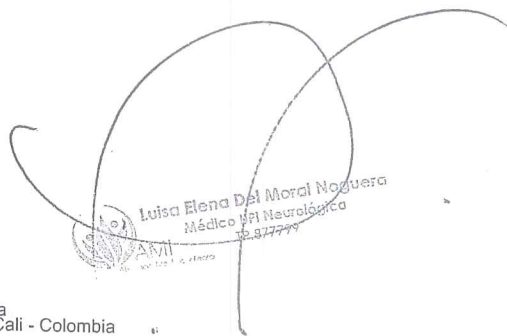
**Fecha emisión:** 15-Ene-2020 11:00 am

**Consecutivo:** 005748

**Medicamento(s):**

- N03AA02 Fenobarbital, via administración: ORAL, frecuencia administracion: , duracion tratamiento: 03 MESES, cant. total: 90,  
Recomendaciones: TOMAR 1 TABLETA DIARIA 9 PM POR 3 MESES TOTAL 90 TABLETAS

DX. TEMBLOR ESENCIAL

  
Luisa Elena Del Moral Noguera  
Médico UPI Neurológica  
877799



Historia: 36147014

Id: CC 36147014

Usuario: ALVIRA DE MURCIA MARIA NANCY

Dirección: CRA. 16 N°.2-52

Teléfonos : 3145751543

Fecha nacimiento: 22.07.1949

Regimen: Contributivo

Empresa: EPS Servicio Occidental de Salud - Nivel: POS NIVEL 1

Numero de afiliación: 19202771-02

Facturado a: Contributivo

Empresa : EPS Servicio Occidental de Salud

Nivel : POS NIVEL 1

Ambito: Ambulatorio

Centro producción: 1415-Programa Diabetes Mellitus I, II

Documento de venta: 7636400350-OS-192442

Principal de consulta: E149.

| MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS |                       |              |           |       |                               |  |
|----------------------------|-----------------------|--------------|-----------|-------|-------------------------------|--|
| CANTIDAD                   | DESCRIPCIÓN           | PRESENTACIÓN | VÍA ADMON | DOSIS | POSOLOGÍA                     |  |
| 4                          | Nuevi Tabletas 7000 U |              | VO        | 1     | 1 Tab Semanal Por 12 Semnas . |  |

*[Handwritten signature]*

[0176] CARLOS ALBERTO PEREZ CASTAÑO

eg. Prof: 5-1937-98 - NIT: 16790823

CENTRO MEDICO JAMUNDI

ENTREGADO POR

R-FAST 8.7e

ALVIRA DE MURCIA MARIA NANCY

CC 36147014

Orden medica 732791 - Pág 1 de 1

ANGEL DIAGNOSTICA S.A.  
Nit. 805.013.591-8

ORDEN DE SERVICIO  
No. 020133208



Regimen Comun

Autorretenedores RS No.5219 de 01/JUN/2010

Actividad ICA 305 Tarifa 6.6 X 1000

Somos Grandes Contribuyentes

Res.000076 de Dic 1 de 2016

Código CIU 8514

DirecciónCRA 10 # 15 - 55

Línea de Atención(+2) 6607070

Email: [servicliente@angel.com.co](mailto:servicliente@angel.com.co)

|           |                                     |          |            |                   |                       |
|-----------|-------------------------------------|----------|------------|-------------------|-----------------------|
| PACIENTE  | Sra.MARIA NANCY ALVIRA DE MURCIA    | CC       | 36147014   | FECHA ATENCION    | 19/12/2019 - 09:44 am |
| DIRECCION |                                     | SEXO     | F          | FECHA ENTREGA 1   | 15/01/2020 - 04:00 pm |
| EMPRESA   | (8317) SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD | EDAD     | 70 Años    | FECHA ENTREGA 2   | 15/01/2020 - 04:00 pm |
| NIT.      | 805001157                           | TELEFONO | 3145751543 | RECLAMA EN        | ANGEL JAMUNDI INST    |
| MEDICO    | SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD        |          |            | DIR. SEDE RECLAMA | CRA 10 # 15 - 55      |

|                   |                                 |              |                                                  |               |
|-------------------|---------------------------------|--------------|--------------------------------------------------|---------------|
| CODIGO            | 20351                           | 903706       | VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL (D2-D3) (CALCIFEROL) | PROCEDIMIENTO |
| CANTIDAD EXAMENES | 1                               |              |                                                  |               |
| CARGAR A CTA      | SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD    | ATENDIDO POR | ANYI KATHERINE MANCILLA CUNDUM                   |               |
| CONCEPTO          | EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO | REFERENCIA:  |                                                  |               |

NOTA: Por su seguridad y confidencialidad, los resultados sólo se entregarán a quien presente este recibo o documento de identificación del paciente.

- NO ALERGIAS AL LATEX NI ALCOHOL NO ANTICUA

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

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

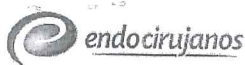
ORIGINAL PARA EL PACIENTE

DERECHOS Y/O DEBERES DEL PACIENTE:

Recibir resultados Confidenciales, confiables y oportunos.







HISTORIA CLINICA

|                                           |                                             |                             |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| PACIENTE: MARIA NANCY ALVIRA DEMURCIA     | IDENTIFICACION: CC 36147014                 | HC: 36147014 - CC           |
| FECHA DE NACIMIENTO: 22/7/1949            | EDAD: 70 Años                               | SEXO: F                     |
| RESIDENCIA: CR 16 SUR 2 52                | VALLE DEL CAUCA-JAMUNDI                     | TIPO AFILIADO: Beneficiario |
| NOMBRE ACOMPAÑANTE:                       | PARENTESCO:                                 | TELEFONO: 3145751543        |
| FECHA INGRESO: 2/12/2019 - 09:10:42       | FECHA EGRESO: 2/12/2019 - 10:24:15          | TELEFONO:                   |
| DEPARTAMENTO: 010101 - CONSULTA EXTERNA   | SERVICIO: AMBULATORIO                       | CAMA:                       |
| CLIENTE: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS | PLAN: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS POS- |                             |
| OCUPACION:                                | ETNIA:                                      |                             |
| CONDICION:                                | NIVEL EDUCATIVO:                            |                             |

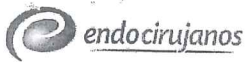
| FECHA | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| --    | <p><b>MOTIVO DE CONSULTA:</b><br/>CONTROL DE EXÁMENES</p> <p><b>ENFERMEDAD ACTUAL :</b><br/>EVDA DE FECHA 18/07/2019: 1) GASTRITIS ANTRAL.<br/>BX. DE FECHA 25/07/2019: 1) MUCOSA GÁSTRICA ANTRAL: GASTRITIS CRÓNICA; 2) HBP: NO IDENTIFICADO.<br/>COLONOSCOPIA TOTAL DE FECHA 19/06/2019: 1) DIVERTICULOSIS COLÓNICA MULTIFOCAL, MUY AISLADA COLON DERECHO CONFLUENTE, CON ESPASMOS SEGMENTARIOS, PSEUDOESTENÓTICO SIGMOIDE; 2) OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS.<br/>ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL DE FECHA 20/03/2019: 1) HÍGADO GRASO GRADO I-II; 2) ABUNDANTE PRESENCIA DE GAS INTESTINAL EN TODO EL MARCO CÓLICO Y PRESENCIA DE FECALOMAS EN SU INTERIOR.<br/>PACIENTE REFIERE EPIGASTRALGIA URENTE DE INTENSIDAD SUBJETIVA 2/4 DE IRRADIACIÓN DORSAL, DISTENSIÓN ABDOMINAL, AEROGASTRIA, NIEGA ERGE, ASOCIADO A LA INGESTA DE ALIMENTOS TIPO CAFÉ, HARINAS BLANCAS REFINADAS DE TRIGO, DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO Y FOSA ILÍACA IPSILATERAL, DE INTENSIDAD SUBJETIVA 3/4, TIPO CÓLICO, ASOCIADO A LA EVACUACIÓN, HÁBITO INTESTINAL 2 VECES AL DÍA, CON EPISODIOS DE ESTREÑIMIENTO/DIARREA ALTERNANTES, SIN SANGRE APARENTE, SIN PÉRDIDA DE PESO.</p> |

| ANTECEDENTES PERSONALES |    |                                                 |                  |                   |                       |    |                                                                                                                    |                  |                   |
|-------------------------|----|-------------------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| ANTECEDENTE             | OP | DETALLE                                         | TIPO ANTECEDENTE | FECHA DIAGNOSTICO | ANTECEDENTE           | OP | DETALLE                                                                                                            | TIPO ANTECEDENTE | FECHA DIAGNOSTICO |
| PATOLOGICOS             |    |                                                 |                  |                   |                       |    |                                                                                                                    |                  |                   |
| Diabetes                | SI | METFORMINA 500 MG STAT                          |                  |                   | Hipertension Arterial | SI | LOSATÁN 100 MG BID/HCTZ 25 MG STAT                                                                                 |                  |                   |
|                         |    |                                                 |                  |                   |                       | SI | PROPRANOLOL                                                                                                        |                  |                   |
| QUIRURGICOS             |    |                                                 |                  |                   |                       |    |                                                                                                                    |                  |                   |
| Quirurgicos             | SI | COLECISTECTOMÍA/HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA |                  |                   |                       |    |                                                                                                                    |                  |                   |
| OTROS                   |    |                                                 |                  |                   |                       |    |                                                                                                                    |                  |                   |
| Otros                   | SI | G5P3C0A2                                        |                  |                   |                       |    |                                                                                                                    |                  |                   |
| EXAMEN FISICO/MENTAL    |    |                                                 |                  |                   |                       |    |                                                                                                                    |                  |                   |
| TIPO SISTEMA            |    |                                                 |                  |                   | VALORACION            |    | FECHA                                                                                                              |                  |                   |
| Abdomen                 |    |                                                 |                  |                   | NORMAL                |    | BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES |                  |                   |

| SIGNOS VITALES   |                  |                                |                     |             |                         |       |       |                 |                     |                    |
|------------------|------------------|--------------------------------|---------------------|-------------|-------------------------|-------|-------|-----------------|---------------------|--------------------|
| Fecha            | Tension Arterial | Sitio T.A                      | Frecuencia Cardiaca | Temperatura | Frecuencia Respiratoria | Peso  | Talla | Masa Corporal   | Perimetro Abdominal | Perimetro Cefalico |
| 02/12/2019 09:46 | 120/80           | Miembro Superior Derecho(NINV) | 78                  | 36.00       | 16                      | 60.00 | 147   | 27.766208524226 |                     |                    |

| DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS |                        |        |             |  |
|-----------------------------------|------------------------|--------|-------------|--|
| CODIGO                            | DIAGNOSTICO DE INGRESO | ESTADO | OBSERVACION |  |
|                                   |                        |        |             |  |





HISTORIA CLINICA

|                                           |  |                                             |  |                      |                             |
|-------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------|-----------------------------|
| PACIENTE: MARIA NANCY ALVIRA DEMURCIA     |  | IDENTIFICACION: CC 36147014                 |  | HC: 36147014 - CC    |                             |
| FECHA DE NACIMIENTO: 22/7/1949            |  | EDAD: 70 Años                               |  | SEXO: F              | TIPO AFILIADO: Beneficiario |
| RESIDENCIA: CR 16 SUR 2 52                |  | VALLE DEL CAUCA-JAMUNDI                     |  | TELEFONO: 3145751543 |                             |
| NOMBRE ACOMPAÑANTE:                       |  | PARENTESCO:                                 |  | TELEFONO:            |                             |
| FECHA INGRESO: 2/12/2019 - 09:10:42       |  | FECHA EGRESO: 2/12/2019 - 10:24:15          |  | CAMA:                |                             |
| DEPARTAMENTO: 010101 - CONSULTA EXTERNA   |  | SERVICIO: AMBULATORIO                       |  |                      |                             |
| CLIENTE: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS |  | PLAN: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS POS- |  |                      |                             |
| OCUPACION:                                |  | ETNIA:                                      |  |                      |                             |
| CONDICION:                                |  | NIVEL EDUCATIVO:                            |  |                      |                             |

|      |                                                                         |  |  |  |  |
|------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| K295 | GASTRITIS CRONICA- NO ESPECIFICADA                                      |  |  |  |  |
| K573 | ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORACION NI ABSCESO |  |  |  |  |
| K580 | SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA                                |  |  |  |  |
| K760 | DEGENERACION GRASA DEL HIGADO- NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE             |  |  |  |  |
| R101 | DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR                            |  |  |  |  |
| R104 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS                        |  |  |  |  |

|                                                                                              |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS                                                        |                 |
| ESOMEPRAZOL 20MG TABLETA - LAB. :PARA FORMULACION MEDICA - FOFOFO0772 (ESOMEPRAZOL)          |                 |
| VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL                                                                  | MEDICAMENTO POS |
| DOSIS 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)                                                          |                 |
| CANTIDAD 180 TABLETA POR 20MG                                                                |                 |
| DIAS TRATAMIENTO 90 DIA(S)                                                                   |                 |
| SUCRALFATO 1GR TABLETA 1GR TABLETA - LAB. :PARA FORMULACION MEDICA - FOFOFO0675 (SUCRALFATE) |                 |
| VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL                                                                  | MEDICAMENTO POS |
| DOSIS 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)                                                          |                 |
| CANTIDAD 180 TABLETA POR 1GR                                                                 |                 |
| DIAS TRATAMIENTO 90 DIA(S)                                                                   |                 |
| OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:                                                  |                 |
| MASTICAR Y TRAGAR 1 TABLETA 1 HORA ANTES DEL ALMUERZO Y ANTES DE DORMIR                      |                 |

|                                                       |                          |                                                        |                     |                      |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS             |                          |                                                        |                     |                      |
| TIPO                                                  | CARGO                    | DESCRIPCION                                            | CANTIDAD SOLICITADA | FECHA/HORA EVOLUCION |
| CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS | 890301                   | CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL | 1                   | 2/12/2019 - 09:46:55 |
|                                                       | Observacion              |                                                        |                     |                      |
|                                                       | Diagnosticos Presuntivos |                                                        |                     |                      |

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| ORIGEN DE LA ATENCION | Enfermedad general |
|-----------------------|--------------------|

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| FINALIDAD DE LA ATENCION | No aplica |
|--------------------------|-----------|

|                                  |
|----------------------------------|
| DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS |
|----------------------------------|







HISTORIA CLINICA

21

|                                           |                                             |                             |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| PACIENTE: MARIA NANCY ALVIRA DEMURCIA     | IDENTIFICACION: CC 36147014                 | HC: 36147014 - CC           |
| FECHA DE NACIMIENTO: 22/7/1949            | EDAD: 70 Años                               | SEXO: F                     |
| RESIDENCIA: CR 16 SUR 2 52                | VALLE DEL CAUCA-JAMUNDI                     | TIPO AFILIADO: Beneficiario |
| NOMBRE ACOMPAÑANTE:                       | PARENTESCO:                                 | TELEFONO: 3145751543        |
| FECHA INGRESO: 2/12/2019 - 09:10:42       | FECHA EGRESO: 2/12/2019 - 10:24:15          | TELEFONO:                   |
| DEPARTAMENTO: 010101 - CONSULTA EXTERNA   | SERVICIO: AMBULATORIO                       | CAMA:                       |
| CLIENTE: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS | PLAN: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS POS- |                             |
| OCUPACION:                                | ETNIA:                                      |                             |
| CONDICION:                                | NIVEL EDUCATIVO:                            |                             |

|        |                                                                         |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|
| CODIGO | DIAGNOSTICO DE EGRESO                                                   |
| K295   | GASTRITIS CRONICA- NO ESPECIFICADA                                      |
| K573   | ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORACION NI ABSCESO |
| K580   | SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA                                |
| K760   | DEGENERACION GRASA DEL HIGADO- NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE             |
| R101   | DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR                            |
| R104   | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS                         |

RECOMENDACIONES MÉDICAS

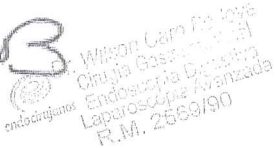
EVOLUCIÓN: 9397

TIPO DE ATENCIÓN:

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES ADICIONALES: CONTROL Y SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y CONTRA-REMITIR A CRITERIO. SE ENTREGA DIETA PARA ENFERMEDAD DIVERTICULAR/DIETA PARA ESTREÑIMIENTO.

Wilson Caro B



ESPECIALISTA: WILSON GONZALO CARO BEDOYA  
CC - 16690666 - T.P 2569 / 90  
ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: JUAN PEDRO RIVERO GONZALEZ - jrivero

Fecha Impresión : 2019/12/2 - 10:24:19



DRA. MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO  
MEDICINA INTERNA  
RM 76327208

44/22

FECHA DE CONSULTA: 3.02.2020

|                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRES: MARIA NANCY ALVIRA DE MURCIA |                                  |
| EDAD: 70 AÑOS                         | FECHA NAC: 22.07.1949            |
| CEDULA: 36147014                      | ENTIDAD DE SALUD: SOS            |
| DIRECCION: JAMUNDI                    | TELEFONO:                        |
| OCUPACION:                            | FAMILIAR: ESPOSO- ROBERTO MURCIA |

MC: CONTROL

IDX:  
HIPOTIROIDISMO  
HTA X HC

TTO:  
METFORMINA 500 MG CADA 24 HORAS  
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS  
LEVOTIROXINA 25 MCG CADA 48 HORAS  
HCTZ 25 MG CADA 24 HORAS  
VITAMINA D 7000 UI CADA SEMANA.

PARACLINICOS: 14 AGOSTO DE 2019 VIT B12: 317 FOSFATASA ALCALINA: 83 VIT D25 OH: 22 HB GLICOSILADA: 6.7% AST: 39 ALT: 38 FR: <8 TSH: 2.85 C TOTAL: 183 GLUCOSA:PRE: 145 BUN 12  
ECOGRAFIA DE ABDOMEN: HIGADO GRASO GRADO I- II CR: 0.69  
EVDA: GASTRITIS – HP NEGATIVO

19.12.2019: VITAMINA D 25 OH: 32

EXAMEN FISICO:

SV: PESO: 59.2 T/A: 120/80 FC: 72  
SIN ADENOPATIAS.  
SIN SOPROTE DE O2  
TOLERANDO VIA ORAL  
ANICTERICO HIDRATADO  
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMOANRES CON MV PRESENTE  
SIN DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL  
EXT: SIN EDEMAS PULSOS PRESENTES,  
SNC: SIN FOCALIZACION

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL MOMENTO CONTROLADA, TIENE MEJORIA DE DEFICIT DE VITAMINA D, REFIERE DOLOR A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES POSIBLEMENTE POR NEUROPATIA DIABETICA- DE IGUAL MANERA SE RECOMIENDA ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES DADO DETERIORO FUNCIONAL.  
SE SOLICITAN EXAMENES DE CONTROL.

PLAN:  
\*\* CITA CONTROL CON MEDICINA INTERNA  
\*\* SE SOLICITA HB GLICOSILADA, GLICEMIA PRE, TSH, T4 LIBRE, HEMOGRAMA, CREATININA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO.  
\*\* SE SOLICITA ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES BILATERAL.

MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO  
Medicina Interna  
RM 76327208

  
Dra. Marcela Ramirez Casasfranco  
MEDICINA INTERNA  
C.C. 38565751  
R.M. 76327208

Calle 19N#5N 35 CENTRO MEDICO DE CALI CONSULTORIO 503  
Teléfono: 6677472







**PROMOVER**  
**809002913-3**  
Dirección CALLE 5A N° 40 - 60 TEQUENDAMA  
Teléfonos 5534405  
CALI

Cod Prestador: 760010697201  
Historia Clínica Terapia Física 36147014  
Fecha: 2020-02-04 10:30:00

SIIPS Web 5.0.0



Paciente 36147014 Nombre ALVIRA DE MURCIA MARIA NANCY  
Dirección: cra 16 sur 2 52 Sexo: F Nacido: 1949-07-22 Edad: 70 A  
Ocupación: Teléfono: 3178179872 2885739  
ECivil: Soltero  
Motivo Consulta: -HALLUX VALGUS./ VALORACION ORTOPEDIA" Remision: Dr.CARLOS PEREZ. MEDICO GENERAL. Ocupacion:AM L. Ocupacion:AMA DE CASA. Incapacidad: NIEGA. Deporte :NIEGA. Vinculacion:BENEFICIARIA. VALOR ENEFICIARIA. VALORACION GRUPO INTERDISCIPLINARIO.  
Enfermedad Actual: Paciente con un cuadro clínico de 15 años de evolucion consistente en dolor en h allux bilateral asociado hallux valgus, exacerbacion del dolor al deambular, nie ga contusiones u otros sintomas. --Manejos: \* Niega manejos. --Ayudas dia gnosticas: \* No tiene ayudas diagnosticas recientes.  
Antec..Personales: Patologicos:HTA, HIPOTIROIDISMO. Farmacologicos:LOSARTAN 100MG 2 TABLETA AL DIA , HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1 TABLETA AL DIA, LEVOTIROXINA NO RECUERDA POSOLOGIA 1 TABLETA EN AYUNAS,METFORMINA NO RECUERDA POSOLOGIA 1 TABLETA AL DIA. Alergicos: NIEGA. Qx: COLELAP, HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDO. Tx:FRACTURA HUMERO DERECH O Y ANTEBRAZO IZQUIERDO. Ginecologicos: G5P3A2, MENOPAUSIA HACE 25 AÑOS.  
Antec. Familiares: HTA: No Refiere - Diabetes: No Refiere  
Signos Vitales: TA: / FC: FR: /min Temperatura: C Peso: Kg Talla: cm I.M.C.  
Revisi. Sistemas: paciente quien ingresa por sus propios medios , orientado en tiempo, espacio y l ugar , con marcha funcional, hallux valgus bilateral, dolor en region de articul acion metatarsofalangica del hallux bilateral, pulso pedio presente, llenado cap ilar menor a 2 segundos.  
Dx: M201-HALLUX VALGUS (ADQUIRIDO)  
Plan de Apoyo: Se realiza valoración en equipo interdisciplinario upi osteomuscular promover Dr Lucio Guzman ortopedista RM.9732 , Dra. Juliana Arizabaleta A R.M 765176 y Fis ioterapeuta Maria Isabel Delgado TP 1130605734 , paciente con diagnóstico Halli ux valgus bilateral, se considera por parte de ortopedia upi solicitar radiograf ia de pies bilateral y niveles de acido urico, control ortopedia upi con resulta dos, se le explica al paciente, se dan recomendaciones, dice entender y aceptar. Paciente actualmente beneficiaria.

DELGADO HOYOS MARIA ISABEL Reg.: 76-0558 Area: ACTIVIDAD FISICO TERAPEUTICA

Dr. Lucio Guzman RM.9732  
Fisioterapeuta Maria Isabel Delgado TP 1130605734

Dr. Carlos Perez  
Medico General

Maria Isabel Delgado Hoyos  
Fisioterapeuta  
Universidad del Valle  
Reg. 76-0558



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización 324480358 Fecha 12/02/2020 Hora 7:37 AM



ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

| INFORMACION DEL PRESTADOR                     |                        |                                 |                        |
|-----------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Nombre<br>NEUROFIC LTDA                       | Número<br>NI 800186901 | Dv<br>1                         | Código<br>760010015301 |
| Dirección Prestador<br>AVENIDA 5AN NO. 20N-68 |                        | Departamento<br>VALLE DEL CAUCA | Municipio<br>CALI      |

| DATOS DEL PACIENTE                                 |                                                           |                                 |                                     |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1er Apellido<br>ALVIRA                             | 2do Apellido<br>DE MURCIA                                 | 1er Nombre<br>MARIA             | 2do Nombre<br>NANCY                 |
| Dirección Residencial Habitual<br>CR16 SUR CL 2 62 |                                                           | Departamento<br>VALLE DEL CAUCA | Municipio<br>JAMUNDI                |
| Plan<br>POS                                        | Nombre del Trabajador<br>EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY       |                                 | NIT<br>900336004                    |
| Nexo Familiar<br>CONYUGE                           | Medico Solicitante<br>MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO         |                                 | Oficina                             |
| Diagnóstico<br>E038                                | FECHA DE UTILIZACION<br>Desde 2020/02/12 Hasta 2020/07/11 |                                 | No de Solicitud<br>2020-01-00137738 |

| DETALLE SOLICITUD IPS |                     |      |                                            |                                 |      |                  |                              |
|-----------------------|---------------------|------|--------------------------------------------|---------------------------------|------|------------------|------------------------------|
| No. de Solicitud<br>0 | Fecha<br>2020/02/03 | Hora | Ubicación del Paciente<br>CONSULTA EXTERNA | Servicio<br>SERVICIOS ELECTIVOS | Cama | En habitación de | Fecha y hora hospitalización |

| SERVICIOS AUTORIZADOS                   |       |                                                                          |                      |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| CONCEPTO DE<br>SERVICIOS ESPECIALIZADOS |       |                                                                          | VALOR TOTAL 63,159   |
| Manejo integral según Guía:             |       |                                                                          | VALOR CORTE CUENTA 0 |
| Código                                  | Cant. | Descripción de Servicio                                                  | Lateralidad          |
| 930860-5                                | 1     | ELECTROMIOGRAFIA Y NEUROCONDUCCIONES DE 2 EXTREMIDADES SUPERIORES O INFS | NA                   |

| PAGOS COMPARTIDOS                                                                                      |                |                |                              |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------------------|--------------------------|
| Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago |                |                |                              |                          |
| Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 650                               |                |                |                              |                          |
| Reclamo de tiquete, bono o vale de pago                                                                |                |                |                              |                          |
| Concepto                                                                                               | Valor en pesos | Porcentaje (%) | Valor máximo (Tope) en pesos |                          |
| Recaudo del                                                                                            |                |                |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> Cuota moderadora                                                              | 0.0            | 0              | 7250.0                       | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Copago                                                             | 7250.0         | 0              |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> Cuota de                                                                      | 0.0            | 0              |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> Otro                                                                          | 0.0            | 0              |                              |                          |

| INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA                   |                                  |                  |                   |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------|-------------------|
| Nombre de quien autoriza                                 | Teléfono<br>ind número extensión | Teléfono Celular | Cargo o Actividad |
| Línea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Desde Cali 4898686 | Notificació 0                    | No.              |                   |
| Observaciones                                            |                                  |                  |                   |
| Corte de cuenta máximo \$ 0                              |                                  |                  |                   |
| Sujeto a revisión por auditoria cuentas                  |                                  |                  |                   |
| ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO                            |                                  |                  |                   |
| Firma Usuario                                            |                                  |                  |                   |
| Nro. Identificación                                      |                                  |                  |                   |

| SEÑOR PRESTADOR TENER EN CUENTA                                                                        |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1- Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio |         |
| 2- Cualquier enmendadura ó deterioro anula su validez                                                  |         |
| 3- Es Requisito para facturar que la OPS sea validada en SOMA, el día de la prestación del servicio    |         |
| null                                                                                                   | 7:37 AM |

Evita desplazamientos innecesarios descargando tu certificado de afiliación a través de la oficina virtual desde nuestras paginas web ¡Oficina Virtual, una nueva forma de hacer las cosas!

Sede Nacional: Cra 56 # 11A-88 Cali - Colombia  
Línea Nacional: 018000 938777 PBX: (2) 489 86 86  
Correo electrónico: servicioalcliente@sos.com.co

Visita nuestras páginas web  
www.sos.com.co  
www.pac-sos.com.co

VIGILADO Supersalud





25

FECHA DE CONSULTA: 3.02.2020

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRES: MARIA NANCY ALVIRA DE MURCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |
| EDAD: 70 AÑOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FECHA NAC: 22.07.1949            |
| CEDULA: 36147014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ENTIDAD DE SALUD: SOS            |
| DIRECCION: JAMUNDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TELEFONO:                        |
| OCUPACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FAMILIAR: ESPOSO- ROBERTO MURCIA |
| MC: .CONTROL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |
| IDX:<br>HIPOTIROIDISMO<br>HTA X HC<br><br>TTO:<br>METFORMINA 500 MG CADA 24 HORAS<br>LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS<br>LEVOTIROXINA 25 MCG CADA 48 HORAS<br>HCTZ 25 MG CADA 24 HORAS<br>VITAMINA D 7000 UI CADA SEMANA.<br><br>PARACLINICOS: 14 AGOSTO DE 2019 VIT B12: 317 FOSFATASA ALCALINA: 83 VIT D25 OH: 22 HB GLICOSILADA: 6.7% AST: 39 ALT: 38 FR: <8 TSH: 2.85 C TOTAL: 183 GLUCOSA:PRE: 145 BUN 12<br>ECOGRAFIA DE ABDOMEN: HIGADO GRASO GRADO I- II CR: 0.69<br>EVDA: GASTRITIS – HP NEGATIVO<br><br>19.12.2019: VITAMINA D 25 OH: 32                          |                                  |
| EXAMEN FISICO:<br>SV: PESO: 60 KILOS T/A: 130/80 FC: 72<br>SIN ADENOPATIAS.<br>SIN SOPROTE DE O2<br>TOLERANDO VIA ORAL<br>ANICTERICO HIDRATADO<br>RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMOANRES CON MV PRESNTE<br>SIN DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL<br>EXT: SIN EDEMAS PULSOS PRESENTES,<br>SNC: SIN FOCALIZACION                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |
| ANALISIS Y PLAN:<br><br>PACIENTE CON ANTECEDNETE DE HIPÉRTENSION ARTERIAL EN EL MOEMTN CONTROLADA, TIENE MEJORIA DE DEFICIT DE VITAMINA D, REFIERE DOLOR A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES POSIBLEMENTE POR NEUROPATIA DIABETICA- DE IGUAL MANERA SE RECOMIENDA ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES DADO DETERIRO FUNCIONAL.<br><br>PLAN:<br>** CITA CONTROL CON MEDICINA INTERNA<br>** SE SOLICITA HB GLICOSILADA, GLICEMIA PRE, TSH, T4 LIBRE, HEMOGRAMA, CREATININA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO.<br>** SE SOLICITA ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS IFNERIORES BILATERAL. |                                  |

MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO  
Medicina Interna  
RM 76327208

  
Dra. Marcela Ramirez Casasfranco  
MEDICINA INTERNA  
C.R. 25565751  
R.M. 76327208



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización 324908913 Fecha 12/02/2020 Hora 7:41 AM



ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

| INFORMACION DEL PRESTADOR                                        |  |                                 |                      |
|------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|----------------------|
| Nombre<br>CONSULTORIO MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO                |  | Número<br>CC 38565751           | Dv<br>6              |
|                                                                  |  | Código<br>760011094901          | Teléfono: 2- 6821000 |
| Dirección Prestador<br>CALLE 19 NORTE NO 5 - 35 CENTRO MEDICO DE |  | Departamento<br>VALLE DEL CAUCA | ind número           |
|                                                                  |  | Municipio<br>CALI               |                      |

| DATOS DEL PACIENTE                                 |                                                           |                                 |                      |                                     |                                                   |                                             |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1er Apellido<br>ALVIRA                             | 2do Apellido<br>DE MURCIA                                 | 1er Nombre<br>MARIA             | 2do Nombre<br>NANCY  | Tipo<br>CC                          | Número Documento Identificación<br>36147014       | Teléfono<br>5150469                         |
| Dirección Residencial Habitual<br>CR16 SUR CL 2 62 |                                                           | Departamento<br>VALLE DEL CAUCA | Municipio<br>JAMUNDI | Fecha Nacimiento<br>1949/07/22      | Teléfono Celular                                  | Correo Electrónico<br>roberto553@hotmail.es |
| Plan<br>POS                                        | Nombre del Trabajador<br>EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY       |                                 |                      | NIT<br>900336004                    | Empresa<br>ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES |                                             |
| Nexo Familiar<br>CONYUGE                           | Medico Solicitante<br>MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO         |                                 |                      | Oficina                             |                                                   |                                             |
| Diagnóstico<br>E038                                | FECHA DE UTILIZACION<br>Desde 2020/02/12 Hasta 2020/08/10 |                                 |                      | No de Solicitud<br>2020-01-00137738 |                                                   |                                             |

| DETALLE SOLICITUD IPS |                     |      |                                            |                                 |      |                  |
|-----------------------|---------------------|------|--------------------------------------------|---------------------------------|------|------------------|
| No. de Solicitud<br>0 | Fecha<br>2020/02/03 | Hora | Ubicación del Paciente<br>CONSULTA EXTERNA | Servicio<br>SERVICIOS ELECTIVOS | Cama | En habitación de |
|                       |                     |      |                                            | Fecha y hora hospitalización    |      |                  |

| SERVICIOS AUTORIZADOS                 |       |                                                                           |                      |
|---------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| CONCEPTO DE<br>SERVICIO INSTITUCIONAL |       |                                                                           | VALOR TOTAL 40,000   |
| Manejo integral según Guía:           |       |                                                                           | VALOR CORTE CUENTA 0 |
| Código                                | Cant. | Descripción de Servicio                                                   | Lateralidad          |
| 890366                                | 1     | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | NA                   |

| PAGOS COMPARTIDOS                                                                                      |                |                |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------------------|
| Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago |                |                |                              |
| Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 650                               |                |                |                              |
| Reclamo de ticket, bono o vale de pago                                                                 |                |                |                              |
| Concepto                                                                                               | Valor en pesos | Porcentaje (%) | Valor máximo (Tope) en pesos |
| Recaudo del <input checked="" type="checkbox"/> Cuota moderadora                                       | 3400.0         | 0              | 3400.0                       |
| <input type="checkbox"/> Copago                                                                        | 0.0            | 0              |                              |
| <input type="checkbox"/> Cuota de                                                                      | 0.0            | 0              |                              |
| <input type="checkbox"/> Otro                                                                          | 0.0            | 0              |                              |

| INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA                   |                                         |                  |                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|-------------------|
| Nombre de quien autoriza                                 | Teléfono<br>ind número extensión        | Teléfono Celular | Cargo o Actividad |
| Línea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Desde Cali 4898686 | Notificació 0                           | No.              |                   |
| Observaciones                                            | Sujeto a revisión por auditoria cuentas |                  |                   |
| Corte de cuenta máximo \$ 0                              | ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO           |                  |                   |
| Firma Usuario                                            |                                         |                  |                   |
| Nro. Identificación                                      |                                         |                  |                   |

| SEÑOR PRESTADOR TENER EN CUENTA                                                                        |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1- Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio |         |
| 2- Cualquier enmendadura ó deterioro anula su validez                                                  |         |
| 3- Es Requisito para facturar que la OPS sea validada en SOMA, el día de la prestación del servicio    |         |
| null                                                                                                   | 7:41 AM |

Sede Nacional: Cra 56 # 11A-88 Cali - Colombia  
Línea Nacional: 018000 938777 PBX: (2) 489 86 86  
Correo electrónico: servicioalcliente@sos.com.co

Visita nuestras páginas web  
www.sos.com.co  
www.pac-sos.com.co







27  
44

FECHA DE CONSULTA: 3.02.2020

NOMBRES: MARIA NANCY ALVIRA DE MURCIA

EDAD: 70 AÑOS

FECHA NAC: 22.07.1949

CEDULA: 36147014

ENTIDAD DE SALUD: SOS

DIRECCION: JAMUNDI

TELEFONO:

OCUPACION:

FAMILIAR: ESPOSO- ROBERTO MURCIA

MC: .CONTROL

IDX:

HIPOTIROIDISMO

HTA X HC

TTO:

METFORMINA 500 MG CADA 24 HORAS

LOSARTA 50 MG CADA 12 HORAS

LEVOTIROXINA 25 MCG CADA 48 HORAS

HCTZ 25 MG CADA 24 HORAS

VITAMINA D 7000 UI CADA SEMANA.

PARACLINCIO: 14 AGOSTO DE 2019 VIT B12: 317 FOSFATASA ALCALINA: 83 VIT D25 OH: 22 HB GLICOSILADA: 6.7% AST: 39 ALT: 38 FR: <8 TSH: 2.85 C TOTAL: 183 GLUCOSA:PRE: 145 BUN 12

ECOGRAFIA DE ABDOMEN: HIGADO GRASO GRADO I-II CR: 0.69

EVDA: GASTRITIS – HP NEGATIVO

19.12.2019: VITAMINA D 25 OH: 32

EXAMEN FISICO:

SV: PESO: 60 KILOS T/A: 130/80 FC: 72

SIN ADENOPATIAS.

SIN SOPROTE DE O2

TOLERANDO VIA ORAL

ANICTERICO HIDRATADO

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMOANRES CON MV PRESNTE

SIN DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL

EXT: SIN EDEMAS PULSOS PRESENTES,

SNC: SIN FOCALIZACION

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON ANTECEDNETE DE HIPÉRTENSION ARTERIAL EN EL MOEMTN CONTROLADA, TIENE MEJORIA DE DEFICIT DE VITAMINA D, REFIERE DOLOR A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES POSIBLEMENTE POR NEUROPATIA DIABETICA- DE IGUAL MANERA SE RECOMIENDA ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES DADO DETERIRO FUNCIONAL.

PLAN:

\*\* CITA CONTROL CON MEDICINA INTERNA

\*\* SE SOLICITA HB GLICOSILADA, GLICEMIA PRE, TSH, T4 LIBRE, HEMOGRAMA, CREATININA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO.

\*\* SE SOLICITA ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS IFNERIORES BILATERAL.

MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO  
Medicina Interna  
RM 76327208

  
Dra. Marcela Ramirez Casasfranco  
MEDICINA INTERNA  
C.C. 38565751  
RM 76327208





**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 3

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**

**HC: 36147014**      **CC 36147014**      **ALVIRA DE MURCIA MARIA NANCY**      **Fem, 70 Años (22-Jul-1949)**  
Afilación a seguridad social - Regimen: Contributivo    Empresa: EPS Servicio Occidental de Salud - Nivel: POS    Número de afiliación: 19202771-02  
Facturación con cargo a: Regimen: Contributivo    Empresa: EPS Servicio Occidental de Salud    Nivel: POS NIVEL 1  
Etnia: Blanco, Tipo discapacidad: De la conducta, Grado discapacidad: Leve  
Residencia: CRA. 16 N°.2-52 - Teléfono: 3145751543, Barrio: RIVERA DEL ROSARIO (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 04, Zona: ZONA 4 - Municipio: [76364] JAMUNDI  
En caso de urgencia avisar a: EDGAR R MURCIA G ( ESPOSO ) - Dirección: CRA. 16 N°.2-52 - Teléfono: 3164152451

**Apertura MEDICA GENERAL del 24-Ene-2020 08:31 am: 70 Años**  
Id: 408003

**MOTIVO DE CONSULTA**

CONTROL HTA DM

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE REFIERE SUBJETIVAMENTE BIEN ADHERENTE AL TRATAMIENTO.  
PACIENTE CON DOLOR EN PIES POR HALUX VALGUS BIALTERAL.  
TEMBLOR DE CABEZA SE LE HABIA FORMULADO FNB POR NEUROLOGIA CLINICA.  
HACE 3 DIAS BORRACHERAS.

**ANTECEDENTES LABORALES**

NO REPORTA

**ANT. PATOLÓGICOS**

HTA  
DIABETES

**ANT. QUIRÚRGICOS**

NO REPORTA

**ANT. TÓXICO-ALÉRGICO**

NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

**ANT. HOSPITALARIOS**

**ANT. TRAUMÁTICOS**

NO REPORTA

**ANT. FARMACOLÓGICOS**

LOSARTAN 100 MG CADA 12 HORAS  
HCTZ 25 MG DIA  
METFORMINA 500 MG CADA 12 HORAS.

**ANT. INMUNOLÓGICOS**

NEGATIVO

**ANT. GINECOLÓGICOS**

Partos vaginales: 3, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: 3, Ectópicos: --,  
Nacidos vivos: 3, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 0, Ciclo  
menstrual: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: 0,  
Compañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad  
gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea:  
NO, Historia de infertilidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: --  
Otras observaciones: NEGATIVO

**ANT. FAMILIARES**

NO REPORTA

**OTRAS**

NINGUNA

**PLANIFICACIÓN**

niega

**Enfermedades de Transmisión Sexual**

niega

**HÁBITOS**

SI, AEROBICOS, GRUPO 3ERA EDAD

**REVISIÓN POR SISTEMA**

ORL: NORMAL  
Respiratorio: NORMAL  
Cardiovascular: NORMAL  
Digestivo: NORMAL  
Genito-urinario: NO SE EXAMINA  
Endocrino: NORMAL  
Hematopoyético: NORMAL  
Osteo-muscular: NORMAL  
Nervioso: NORMAL  
Psicológico: NORMAL

**HISTORIA REPRODUCTIVA**

Aborto hab./infertilidad: NO Retención placentaria: NO Neonatos > 4000  
grs.: NO Neonatos < 2500 grs.: NO  
HTA en embarazo: NO Emb. múltiple/Cesárea: NO Mortinato/Muerte  
neonat.: NO Parto prolongado/difícil: NO

PROFESIONAL: [0176] CARLOS ALBERTO PEREZ CASTAÑO - NIT: 16790823 -  
Registro: 5-1937-98 - Especialidad: MEDICO Y CIRUJANO GENERAL  
[7636400350] CENTRO MEDICO JAMUNDI

**\*\*Evolución del 24-Ene-2020 08:31 am: 70 Años**

Id: 705000

**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL  
Frec. cardiaca: 80, Frec. respiratoria: 15, Temperatura: 36.0°C, Peso: 57.0  
Kgs., Talla: 147 cms., IMC: 26.38 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación  
O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en  
la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO  
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Óptima / TA Media: 86), Acostado: --,  
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

**CABEZA Y CUELLO**

NORMAL

**CARA, OJOS Y ORL**

NORMAL

**TÓRAX, CORAZÓN Y PUL**

NORMAL





**CENTRO MEDICO JAMUNDI S.A.**  
**NIT 890.322.787-9**  
CARRERA 2 NO.10-111 - TELS: 5166907 - FAX: 5166907 - MAIL: centromedico@cmjamundi.com  
JAMUNDI, VALLE DEL CAUCA

Viernes, 24-Ene-2020

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 3

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**  
**HC: 36147014      CC 36147014      ALVIRA DE MURCIA MARIA NANCY      Fem, 70 Años (22-Jul-1949)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Contributivo   Empresa: EPS Servicio Occidental de Salud   Nivel: POS NIVEL 1

**ABDÓMEN Y LUMBAR**

NORMAL

**SISTEMA GENITO-URINA**

NORMAL

**EXTREMIDADES Y PELVI**

NORMAL

**SISTEMA NEUROLÓGICO**

NORMAL

**PIEL**

NORMAL

**ESTADO MENTAL**

NORMAL

**CONDUCTA A SEGUIR**

SE CONTINUA CON IGUAL MEDICACION DE BASE  
SE SS QCA SANGUINEA  
SE SS VALORACION POR PODOLOGIA .  
PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA INTERNA .

**SISTEMA OSTEOMUSCULA**

NORMAL

**EVOLUCIÓN**

**\*\*RIESGO SINTOMATICO RESPIRATORIO / SINTOMATICO RESPIRATORIO\*\***

112- Fecha de toma de muestra para baciloscopia de diagnóstico.:

**\*\*RIESGO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / RIESGO Y SEGUIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL\*\***

74- Número de preservativos entregados a pacientes con ITS.:

80- Fecha toma de muestra para serología.:

**DIAGNÓSTICO**

Documento de venta: 7636400350-OS-225525  
Principal de consulta: [E149 ] DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION - Confirmado repetido  
Servicio de egreso: 1408 Programa Hipertensión Arterial En internación  
No se hicieron Remisiones

**MATERO PERINATAL**

CONDICIONES ASOCIADAS  
Qx. ginecológica previa / ectópico: NO   Enfermedad renal crónica: NO  
Diabetes gestacional: NO  
Diabetes mellitus: NO   Enfermedad cardiaca: NO  
Enfermedad infecciosa aguda: NO  
Enfermedad autoinmune: NO   Anemia (Hb < 10g/L): NO  
EMBARAZO ACTUAL  
Hemorragia 20 semanas o menos: NO   Vaginal > 20 semanas: NO  
Embarazo prolongado (42 semanas): NO  
Hipertensión arterial: NO   Ruptura prematura de membrana: NO  
Polihidramnios: NO  
Retardo de crecimiento intrauterino: NO   Embarazo multiple: NO  
Malta presentación: NO   Isoinmunización RH: NO  
RIESGO PSICOSOCIAL

**MATERO PERINATAL**

Tensión emocional: NO   Humor depresivo: NO  
Síntomas neurovegetativos: NO  
SOPORTE FAMILIAR Y/O DEL COMPAÑERO  
Comparte el tiempo: --   Comparte el espacio: --  
Comparte el dinero: --  
CONTROL PRENATAL  
Edad gestacional: 0   Frecuencia cardiaca fetal: 0  
Presentación fetal: --  
Movimientos fetales: NO   Valoración del cuello uterino: NO  
Edemas: NO  
Monitoreo fetal electrónico: NO

**Orden médica: 7636400350-OMED-766329, 24-Ene-2020**

- PERFIL LIPIDICO  
- HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFÍA DE COLUMNA  
- CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS  
- UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

**Orden médica: 7636400350-OMED-766330, 24-Ene-2020**

- GLUCOMETRIA

**Orden médica: 7636400350-OMED-766331, 24-Ene-2020**

- METFORMINA TABLETAS 500 MG, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
Observaciones: FORMULA MEDICA POR 3 MESES  
- Hidroclorotiazida Tableta 25 mg, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
- Levotiroxina sódica Tableta 50 mcg, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
- LOSARTAN 100 MG, #60, ORAL, 1 Cada 12 horas

**Orden médica: 7636400350-OMED-766332, 24-Ene-2020**

- METFORMINA TABLETAS 500 MG, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
Observaciones: FORMULA MEDICA POR 3 MESES  
- Hidroclorotiazida Tableta 25 mg, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
- Levotiroxina sódica Tableta 50 mcg, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
- LOSARTAN 100 MG, #60, ORAL, 1 Cada 12 horas

**Orden médica: 7636400350-OMED-766333, 24-Ene-2020**

- METFORMINA TABLETAS 500 MG, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
Observaciones: FORMULA MEDICA POR 3 MESES  
- Hidroclorotiazida Tableta 25 mg, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
- Levotiroxina sódica Tableta 50 mcg, #30, ORAL, 1 Cada 24 horas  
- LOSARTAN 100 MG, #60, ORAL, 1 Cada 12 horas

**Orden médica: 7636400350-OMED-766334, 24-Ene-2020**

- VALORACION POR ORTIOPEDIA PODOLOGIA  
Observaciones: HALUX VALGUS

**Documento de venta asociado**

OS-225525  
Contributivo: EPS Servicio Occidental de Salud





**CENTRO MEDICO JAMUNDI S.A.**  
**NIT 890.322.787-9**  
CARRERA 2 NO.10-111 - TELS: 5166907 - FAX: 5166907 - MAIL: centromedico@cmjamundi.com  
JAMUNDI, VALLE DEL CAUCA

29  
Viernes, 24-Ene-2020

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 3 de 3

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**

**HC: 36147014      CC 36147014      ALVIRA DE MURCIA MARIA NANCY      Fem, 70 Años (22-Jul-1949)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Contributivo   Empresa: EPS Servicio Occidental de Salud   Nivel: POS NIVEL 1

*(Signature)*

PROFESIONAL: [0176] CARLOS ALBERTO PEREZ CASTAÑO - NIT: 16790823 -  
Registro: 5-1937-98 - Especialidad: MEDICO Y CIRUJANO GENERAL  
[7636400350] CENTRO MEDICO JAMUNDI



30

FECHA DE CONSULTA: 26.08.2019

NOMBRES: MARIA NANCY ALVIRA

EDAD: 70 AÑOS

CEDULA: 36147014

DIRECCION: JAMUNDI

OCUPACION:

FECHA NAC: 22.07.1949

ENTIDAD DE SALUD: SOS

TELEFONO:

FAMILIAR: ESPOSO- ROBERTO MURCIA

MC: VALORACION

EA: PACIENTE QUE ACUDE A CITA CON REUSLTADOS DE EXMANES QUE HABIA ENVIADO MEDICIAN INTERNA PREVIAMENTE.

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS: HTA- HIPOTIROIDISMO

FARMACOLOGICOS: LOSARTA 50 MG CADA 12 HORAS- LEVOTIROXINA 25 MCG CADA 48 HORAS, HCTZ 25 MG CADA 24 HORAS

ALERGICOS: NIEGA

QX: HERNIORRAFIA, COLECISTECTOMIA- CISTOPEXIA- HOMBRO-

TOXICOS: NIEGA

PARACLINCIOS: 14 AGOSTO DE 2019 VIT B12: 317 FOSFATASA ALCALINA: 83 VIT D25 OH: 22 HB GLICOSILADA: 6.7% AST: 39 ALT: 38 FR: <8 TSH: 2.85 C TOTAL: 183 GLCUOSA:PRE: 145 BUN 12

ECOGRAFIA DE ABDOMEN: HIGADO GRASO GRADO I- II CR: 0.69

EVDA: GASTRITIS - HP NEGATIVO

EXAMEN FISICO:

SV: PESO: 59.2 T/A: 120/80 FC: 72

SIN ADENOPATIAS.

SIN SOPROTE DE O2

TOLERANDO VIA ORAL

ANICTERICO HIDRATADO

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMOANRES CON MV PRESNTE

SIN DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL

EXT: SIN EDEMAS PULSOS PRESENTES,

SNC: SIN FOCALIZACION

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE CON ANTECEDNETE DE HIPÉRTENSION ARTERIAL EN EL MOEMTN CONTROLADA, TRAE PARACLCINSO LOS CUALES MUESTRA HB GLICOSILADA Y GLICEMIA PRE ELEVADA POR LO CUAL SE IDNICA MANEJO, CONTROL EN 3 MESES- POR AHROA RECOMENDACIONES DE MANEJO, TIENE DEFICIT DE VITAMINA D 25 OH SE INDICA SUPLENCIA.

PLAN:

\*\* CITA CONTROL CON MEDICINA INTERNA

\*METFROMINA 500 MG CADA 24 HORAS

\*\*VIT D 700 UI CADA SEMANA

\*\*CONTROL PARACLICNIOS

Dra. Marcela Ramirez Casasfranco  
MEDICINA INTERNA  
C.C. 3856575  
R.M. 76327208

MARCELA RAMIREZ CASASFRANCO  
Medicina Interna  
RM 76327208







M

NOTARIA UNICA DE JAMUNDI  
ACTA DE DECLARACIÓN EXTRAPROCESO # 1236  
DECRETO 1557 DEL 14 DE JULIO 1989

HACE CONSTAR:

NOTA: A PETICIÓN DEL INTERESADO A PESAR DE HABERLE PUESTO DE PRESENTE LO ESTABLECIDO EN EL ART. 24 LEY 962 DE JUL. 8 DE 2005 Y DECRETO 0019 DEL 10 DE ENERO DEL AÑO 2012.....

En el municipio de Jamundí, Departamento del Valle del Cauca, República de Colombia, hoy a los 2 días del mes de Marzo del año 2020, ante el despacho de la Notaría Única de Jamundí-DRA.MARTHA FERRER RIVADENEIRA.....

Comparecieron: EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY Y MARIA NANCY ALVIRA DE MURCIA, identificados con la cedula de ciudadanía Nos.19.202.771 de Bogota y 36.147.014 de Neiva. Manifestaron su deseo de declarar bajo juramento los términos del decreto No.1557 del 14 de Julio de 1.989 y dijo: PRIMERO: GENERALES DE LEY: Nos llamamos: EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY Y MARIA NANCY ALVIRA DE MURCIA.....

Residentes : JAMUNDI VALLE.....

Dirección: CARRERA 16 SUR No 2-52 RIVERAS DEL ROSARIO.....

Celular: 311-3183322 /314-5751543.....

Fijo: NO TIENE.....

Estado civil: CASADO / CASADA.....

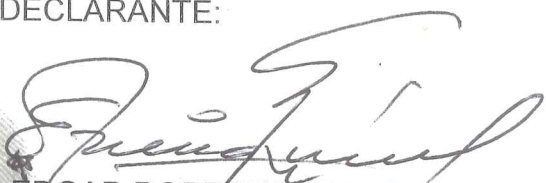
Profesión u Oficio: PENSIONADO / HOGAR.....

Para:TRAMITE LEGAL .....

SEGUNDO: Preguntando al compareciente sobre el objeto de su declaración contesto: Que en mi entero y cabal Juicio, declaro bajo la gravedad del juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso; y sin ninguna clase de impedimento para pronunciar esta declaración juramentada, la cual presento bajo mi única responsabilidad y entera Libertad, de hechos que me consta personalmente. TERCERO: Manifiestamos bajo la gravedad de juramento que convivimos en matrimonio de manera permanente e ininterrumpida compartiendo techo lecho y mesa desde hace 46 años, que como esposo yo EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY soy quien suministro todo lo necesario para el diario vivir de mi esposa como lo es vivienda, alimentación, recreación, medicina, entre otras, es decir que mi esposa depende económicamente de mi, también manifiesto que mi esposa por su estado de salud le es imposible colaborar con los gastos del hogar La anterior declaración es cierta por encontrarse ajustada a la realidad. ES TODO.....

Derechos \$13.600 IVA \$ 2.584.=

LOS DECLARANTE:

  
EDGAR ROBERTO MURCIA GODOY  
CC.19.202.771 de Bogota

  
MARIA NANCY ALVIRA DE MURCIA  
CC 36.147.014 de Neiva

02 MAR 2020  
MARTHA FERRER RIVADENEIRA  
NOTARIA UNICA DE JAMUNDÍ (VALLE)  
RIVADENEIRA

IMPORTANTE Lea cuidadosamente este documento antes de firmarlo. Después de firmado no se admiten correcciones ni cambios. SS

**ESPACIO EN BLANCO**  
Notaria Unica del Circulo de Jamundí

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

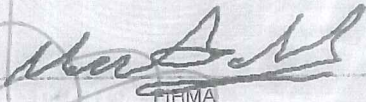
NUMERO **36.147.014**

**ALVIRA De MURCIA**

APELLIDOS

**MARIA NANCY**

NOMBRES

  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

**22-JUL-1949**

**GIGANTE**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.45**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

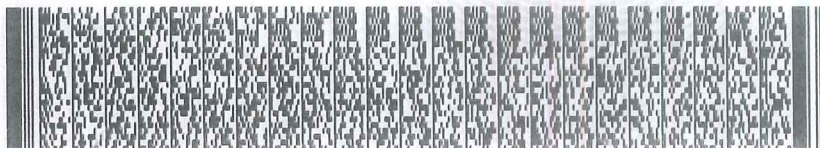
**F**

SEXO

**15-SEP-1970 NEIVA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3106400-00175756-F-0036147014-20090907

0015783169A 1

3100101936







EMPRESA DE ENERGÍA DEL PACÍFICO S.A. E.S.P.  
NIT: 800.249.860-1  
Calle 15 No. 29 B 30,  
Autopista Cali – Yumbo, Yumbo – Valle del Cauca  
Teléfono: (2) 3210000



servicioalcliente@celsia.com  
Línea de servicio al cliente: 018000112115  
www.celsia.com



NIC 1274533

|                      |            |
|----------------------|------------|
| ENERGÍA              | \$ 82.980  |
| *INTERNET            | \$ 0,00    |
| *ASEO                | \$ 0       |
| *ALUMBRADO PÚBLICO   | \$ 13.710  |
| OTROS CONCEPTOS      | \$ 820     |
| SALDO ANTERIOR       | \$ 109.670 |
| TOTAL A PAGAR        | \$ 207.180 |
| Pago oportuno hasta: | 26/12/2019 |
| Suspensión desde:    | 27/12/2019 |

#### DATOS GENERALES

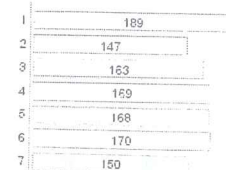
Doc. equivalente a la factura: 1201912036976 Monto: \$ 0  
ID. de cobros: 1274533205 - 79 Tasa por mora: 0,50  
NIU: 1291480 Valor último pago: \$ 0  
Fecha de emisión: 18/12/2019 Fecha último pago: 15/11/2019  
Período facturado: 15/11/2019 - 18/12/2019  
Días facturados: 33  
Doc. equivalente por pagar: 1  
Valor pendiente de pago: \$ 109.670  
Financiaci3nes pendiente: 0

#### TARIFA ENERGÍA ACTIVA Y COSTO UNITARIO

Costo \$/kWh: 545,97 CU (\$/kWh): 545,97  
Consumo subsidiado hasta kWh: Generación: 212,49  
Tu consumo: 150 kWh Transmisión: 36,97  
Subsidio: % Distribución: 172,59  
Tarifa subsidiada (\$/kWh): Comercialización: 75,54  
Vr consumo con subsidio: 0,00 Restricciones: 8,31  
Vr consumo sin subs.: 0,00 Pérdidas: 40,07  
Contribución: %  
Vr consumo contrib.: 0,00

#### CONSUMO ENERGÍA

| Concepto  | Lect. actual (kWh) | Lect. anterior (kWh) | Múltiplo | Consumo | Tarifa | Subtotal  | Últimos consumos (kWh) |
|-----------|--------------------|----------------------|----------|---------|--------|-----------|------------------------|
| Activa BT | 42356              | 42206                | 1        | 150     | 545,97 | 81.895,50 |                        |



Promedio últimos 6 meses: 167,66

#### OPERADOR DE RED

Medidor I: 10053376 Medidor II: 1 2  
Operador: EPSA E.S.P.  
Dirección: Cl 15 # 29B-30 Autopista Cali-Yumbo  
Tel. daños: 01-8000112115  
Nivel de tensión: II  
Propiedad transformador: Empresa  
Red: Aérea

Nodo:  
Trafo:

#### CONCEPTO ENERGÍA

| CONCEPTO ENERGÍA                             | VALOR     |
|----------------------------------------------|-----------|
| Consumo                                      | 81.895,50 |
| Sobretasa Art313 L1955/19                    | 600,00    |
| Retroactivo Sobretasa Art313 L1955/19        | 652,00    |
| Ajuste Retroactivo Sobretasa Art313 L1955/19 | -168,00   |
| Redondeo Facturaciones Anteriores            | -64       |
| Aproximación a decenas                       | 1,14      |

#### CALIDAD DEL SERVICIO

Grupo: 2 Cargo de distribución:  
Vr a compensar: 0,00  
Circuito: JAMUNDI 1  
Horas a compensar:  
Eventos a compensar:  
Porcentaje descuento cargo de distribución:

Cargo de distribución:

Consumo estimado a compensar:

Transformador: 65005015

| Mes                     | Indicadores | Duración | Frecuencia | Duración | Frecuencia |
|-------------------------|-------------|----------|------------|----------|------------|
| Garantizado (DIUG-FIUG) |             |          |            |          |            |
| Mensual (DIUM-FIUM)     |             |          |            |          |            |
| Acumulado (DIU-FIU)     |             |          |            |          |            |

#### INTERNET\*

Nombre suscriptor: Días: 00 Unidad de consumo:  
Nº contrato: Fecha de suspensión:  
Fecha inicial: Fecha último pago:  
Fecha final y corte: Valor último pago: \$ 0,00

#### CONCEPTOS INTERNET

| CONCEPTOS INTERNET | VALOR |
|--------------------|-------|
|                    | 0,00  |
|                    | 0,00  |
|                    | 0,00  |
|                    | 0,00  |

#### SERVICIO DE ASEO\*

Empresa: JAMUNDI ASEO S.A ESP  
NIT: 900.484.221-2  
No. de factura de aseo:  
Clase de servicio: Sin Servicio  
Estrato: 0 M3: 0,00  
Período facturado:  
Fecha liquidación aseo: 01/01/1900  
Tarifa media (\$): 0,00  
Producción (TDI) últimos 3 meses  
Mes 1: 0,0000 Mes 2: 0,0000 Mes 3: 0,0000  
Desglose del servicio:  
TRT: 0,00 TTE: 0 TLU: 0,00  
TBL: 0,00 TFR: 0,00 TTL: 0,00  
TDF: 0,00 OTR: 0,00 Ton. A: 0,00  
DSC: 0,00 TA: 0,00 Ton. N A: 0,00  
Facturación últimos 6 meses (\$):  
Mes 1: 0,00 Mes 4: 0,00  
Mes 2: 0,00 Mes 5: 0,00  
Mes 3: 0,00 Mes 6: 0,00  
Frec. barridos por semana: 0  
Frec. recolección semana: 0  
Subsidio (%): 0,00%  
Subsidio (\$): 0,00

#### CONCEPTO ASEO

| CONCEPTO ASEO | VALOR |
|---------------|-------|
|               | 0,00  |

#### IMPUESTO ALUMBRADO PÚBLICO\*

Responsable del alumbrado público: JAMUNDI  
Nombre cliente: MARIA LEONOR RAMIREZ DE OSPINA  
Código cliente: 1274533  
Doc. equivalente a la factura: 1201912036976  
Facturas atrasadas: 01  
Saldo anterior: 13.710,00  
Vr. alumbrado público: 13.710,00  
Pagar antes de: 26/12/2019  
Acuerdo del Concejo Municipal:  
Acuerdo 015 de diciembre 29 de 2016  
Oficina de atención al ciudadano:  
Calle 10 con Carrera 10 Esquina

#### CONCEPTO AP

| CONCEPTO AP                 | VALOR     |
|-----------------------------|-----------|
| Alumbrado Publico           | 13.708,00 |
| Redondeo Facturaciones Ante | -03       |
| Aproximación a decenas      | 2,03      |

#### NOTA IMPORTANTE:

##### AVISO DE SUSPENSIÓN

Realiza tu pago y evita ser suspendido. Contra la decisión de suspensión por falta de pago, proceden los recursos de reposición ante EPSA y subsidiario de apelación ante SSPD, dentro de los 5 días hábiles siguientes al recibo de esta factura.

#### OTROS\*

##### Tomador EPSA CRÉDITOS:

Saldo pendiente: 0,00

#### OTROS CONCEPTOS

| OTROS CONCEPTOS             | VALOR  |
|-----------------------------|--------|
| Tasa Seguridad 1,0% csmo    | 818,96 |
| Redondeo Facturaciones Ante | 2,47   |
| Aproximación a decenas      | -1,43  |

\$ 820

Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos-SSP, actividad económica principal 3511. Grandes Contribuyentes según Resolución N°012635 del 14/Dic/2018. Responsable impuesto sobre las ventas - IVA. Agente retenedor del IVA artículo 437-2 (numeral 2) del E.T. Autorretenedor en renta según Res.0547 del 25 de enero de 2002. Autorretenedor ICA en el municipio de Santiago de Cali, según Res. 0247 del 11 de marzo de 1997, Guadalupe de Buga, Cartago, Jamundi, Pereira, La Cumbre y Alcalá. Este documento equivalente a la factura presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la Ley 142 de 1994. Este documento equivalente a la factura se asimilará para todos sus efectos a una letra de cambio y por lo tanto sirve de título ejecutivo, según artículo 774 del Código de Comercio. Documento equivalente a factura Impreso por EMPRESA DE ENERGÍA DEL PACÍFICO S.A. E.S.P. NIT: 800.249.860-1





Fontana S.A. E.S.P. Nit. 805.002.741-9  
Empresa de servicios públicos domiciliarios  
Calle 2 No. 22-175 Ofc. 211, C.C. Alfaguara, Jamundí  
E-mail: fontanaesp@fontanaesp.com  
No somos auto retenedores / Renta tarifa 2.5%  
Somos auto retenedores en ICA Jamundí

Línea de atención al usuario  
5162447/48/49  
Daños 310 4227891 | Emergencias 318 6515691

Código suscriptor 34  
020526

Número de pago electrónico  
00233837020526

Código suscriptor pago PSE  
020526

Factura de venta: 233837 Fecha de expedición: 09/dic/2019 Período facturado: 01/nov/2019 - 30/nov/2019 Días fact.: 30 Mes facturado: Noviembre 2019

### Datos del suscriptor e inmueble

Nombre: VILLEGAS MARIA EUGENIA Ciclo: 1  
Dirección del predio: K 16S 2 52 Ruta: 13030  
Dirección envío factura: K 16S 2 52 Código interno: 10020526  
Clase de uso del servicio: RESIDENCIAL Estrato: 4

| Medidor |       |          | Lectura  |        | Consumo |          | Observación de lectura |
|---------|-------|----------|----------|--------|---------|----------|------------------------|
| Número  | Marca | Diámetro | Anterior | Actual | Periodo | Promedio |                        |
| 505579  | -     | 1/2"     | 4416     | 4429   | 13      | 19       |                        |

|                     |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|
|                     |  |  |  |  |  |  |
| Consumos anteriores |  |  |  |  |  |  |
| Mes                 |  |  |  |  |  |  |
| Vr.Acue             |  |  |  |  |  |  |
| Vr.Alcan            |  |  |  |  |  |  |

| Valor consumo acueducto |         |          |        | Valor vertimiento alcantarillado |         |        |       |
|-------------------------|---------|----------|--------|----------------------------------|---------|--------|-------|
| Rango                   | Consumo | Tarifa   | Valor  | Rango                            | Consumo | Tarifa | Valor |
| 1 a 16                  | 13      | 1,543.06 | 20,060 | 1 a 16                           | 13      | 608.27 | 7,908 |
| Subtotal: 20,060        |         |          |        | Subtotal: 7,908                  |         |        |       |

| Factura del servicio público de aseo |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Información servicio de aseo         |                            |
| Empresa:                             |                            |
| Nit.:                                |                            |
| Tipo de productor:                   |                            |
| Multiusuario:                        | No                         |
| Descuento por recolección:           |                            |
| Frec. de recolección semanal:        | 0                          |
| Frec. de barrido semanal:            | 0                          |
| Frec. de corte de césped:            | 0                          |
| Frec. de poda de árboles:            | 0                          |
| Frec. de lavado de áreas públicas:   | 0                          |
| TRBL:                                | Recolección y transporte:  |
| TRLU:                                | Disposición final:         |
| TRNA:                                | Tratamiento de lixiviados: |
| TAFNA:                               | Comercialización:          |
| TRA:                                 | Limpieza urbana:           |
| TRRA:                                | Barrido y Limpieza:        |
| VBA:                                 |                            |
| Últimos 6 meses                      |                            |

Lugar de último pago: CAJA OFICINA - CC. ALFAG LOCAL 31  
Fecha de último pago: 24-oct-2019  
Valor de último pago: \$65,626

QUE EL AMOR Y LA AMISTAD SIEMPRE REINE EN TU HOGAR. FELIZ NAVIDAD Y PROSPERO AÑO NUEVO, LES DESEA FONTANA S.A. E.S.P.

| Resumen de cobro de esta factura |        |             |  |
|----------------------------------|--------|-------------|--|
| ACUEDUCTO                        |        |             |  |
| Concepto                         | Valor  | Cuota pend. |  |
| SALDO ANTERIOR                   | 37,463 |             |  |
| CARGO FIJO                       | 8,111  |             |  |
| CONSUMO                          | 20,060 |             |  |
| RECARGOS                         | 182    |             |  |

| ALCANTARILLADO |        |
|----------------|--------|
| SALDO ANTERIOR | 16,029 |
| CARGO FIJO     | 4,457  |
| VERTIMIENTO    | 7,908  |
| RECARGOS       | 78     |

| ASEO           |        |
|----------------|--------|
| SALDO ANTERIOR | 23,570 |
| RECARGOS       | 115    |
| VR SERVICIO    | 23,544 |

Valor total a pagar \$141,517

| Fecha límite de pago | Pague con recargo | Fecha de suspensión o corte |
|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| 17/dic/2019          | 31/dic/2019       |                             |

Esta factura presta mérito ejecutivo













CELSIA COLOMBIA S.A. E.S.P.  
NIT: 800.249.860-1  
Calle 15 No. 29 B 30,  
Autopista Cali – Yumbo,  
Yumbo – Valle del Cauca  
Teléfono: (2) 3210000

servicioalcliente@celsia.com  
Línea de servicio al cliente: 018000112115  
www.celsia.com



NIC 1274533

|                      |            |
|----------------------|------------|
| ENERGÍA              | \$ 91.950  |
| INTERNET             | \$ 0,00    |
| ASEO                 | \$ 0       |
| ALUMBRADO PÚBLICO    | \$ 13.710  |
| OTROS CONCEPTOS      | \$ 910     |
| SALDO ANTERIOR       | \$ 108.850 |
| TOTAL A PAGAR        | \$ 215.420 |
| Pago oportuno hasta: | 21/02/2020 |
| Suspensión desde:    | 22/02/2020 |

## MARIA LEONOR RAMIREZ DE OSPINA

Clasificación: Residencial Estrato 4 NIVEL I

Dirección del inmueble: CR 16SUR 2SUR-52 RIVERAS DEL ROSARIO JAMUNDI KR 16 SUR 2 52

Dirección de envío: CR 16SUR 2SUR-52 RIVERAS DEL ROSARIO CM JAMUNDI JAMUNDI

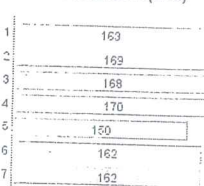
### DATOS GENERALES

Doc. equivalente a la factura: 1202002033936  
ID. de cobros: 1274533207 - 58  
NIU: 1291480  
Fecha de emisión: 15/02/2020  
Período facturado: 15/01/2020 - 15/02/2020  
Días facturados: 31  
Doc. equivalente por pagar: 1  
Valor pendiente de pago: 108.850  
Financiamiento pendiente: 0

### CONSUMO ENERGÍA

| Concepto  | Lect. actual (kWh) | Lect. anterior (kWh) | Múltiplo | Consumo | Tarifa | Subtotal  |
|-----------|--------------------|----------------------|----------|---------|--------|-----------|
| Activa BT | 42680              | 42518                | 1        | 162     | 559,43 | 90.627,66 |

Últimos consumos (kWh)



Medidor I: 10053376

Medidor II: 1 2

### OPERADOR DE RED

Operador: EPSA E.S.P.  
Dirección: Cl 15 # 29B-30 Autopista  
Cali-Yumbo  
Tel. daños: 01-8000112115  
Nivel de tensión: II  
Propiedad transformador: Empresa  
Red: Aérea

Nodo:  
Trafo:

### CONCEPTO ENERGÍA

| CONCEPTO ENERGÍA                      | VALOR     |
|---------------------------------------|-----------|
| Consumo                               | 90.627,66 |
| Sobretasa Art313 L1955/19             | 648,00    |
| Retroactivo Sobretasa Art313 L1955/19 | 672,00    |
| Redondeo Facturaciones Anteriores     | 4,99      |
| Aproximación a decenas                | -2,65     |

### TARIFA ENERGÍA ACTIVA Y COSTO UNITARIO

Costo \$/kWh: 559,43  
Consumo subsidiado hasta: kWh  
Tu consumo: 162 kWh  
Subsidio: %  
Tarifa subsidiada (\$/kWh):  
Vr consumo con subsidio: 0,00  
Vr consumo sin subs.: 0,00  
Contribución: %  
Vr consumo contrib.: 0,00

CU (\$/kWh): 559,43

Generación: 212,52

Transmisión: 33,62

Distribución: 186,21

Comercialización: 84,47

Restricciones: 0,22

Pérdidas: 42,83

### CALIDAD DEL SERVICIO

Grupo: 2  
Vr compensar: 0,00  
C: JAMUNDI 1  
Horas a compensar:  
Eventos a compensar:

Cargo de distribución:

Consumo estimado a compensar:

Transformador: 65005015

| Mes                     | Indicadores | Duración | Frecuencia | Duración | Frecuencia |
|-------------------------|-------------|----------|------------|----------|------------|
| Garantizado (DIUG-FIUG) |             |          |            |          |            |
| Mensual (DIUM-FIUM)     |             |          |            |          |            |
| Acumulado (DIU-FIU)     |             |          |            |          |            |

### INTERNET\*

Nombre suscriptor:  
Nº contrato:  
Fecha inicial:  
Fecha final y corte:

Días: 00

Fecha de suspensión:

Fecha último pago:

Valor último pago: \$ 0,00

Unidad de consumo:

### CONCEPTOS INTERNET

| CONCEPTOS INTERNET | VALOR   |
|--------------------|---------|
|                    | 0,00    |
|                    | 0,00    |
|                    | 0,00    |
|                    | 0,00    |
|                    | \$ 0,00 |

### SERVICIO DE ASEO\*

Empresa: JAMUNDI ASEO S.A ESP  
NIT: 900.484.221-2  
No. de factura de aseo:

Clase de servicio: Sin Servicio  
Estrato: M3: 0,00  
Período facturado:  
Fecha liquidación aseo: 01/01/1900  
Tarifa media (\$): 0,00

Producción (TD) últimos 3 meses

Mes 1: 0,0000 Mes 2: 0,0000 Mes 3: 0,0000

Desglose del servicio:

TRT: 0,00

TBL: 0,00

TDF: 0,00

DSC: 0,00

TTE: 0

TFR: 0,00

OTR: 0,00

TA: 0,00

TLU: 0,00

TTL: 0,00

Ton. A: 0,00

Ton. N A: 0,00

Facturación últimos 6 meses (\$):

Mes 1: 0,00 Mes 4: 0,00

Mes 2: 0,00 Mes 5: 0,00

Mes 3: 0,00 Mes 6: 0,00

Frec. barridos por semana: 0

Frec. recolección semana: 0

Subsidio (%): 0,00%

Subsidio (\$): 0,00

### CONCEPTO ASEO

| CONCEPTO ASEO | VALOR |
|---------------|-------|
|               | 0,00  |

### IMPUESTO ALUMBRADO PÚBLICO\*

Responsable del alumbrado público:  
JAMUNDI  
Nombre cliente:  
MARIA LEONOR RAMIREZ DE OSPINA  
C: cliente: 1274533  
Doc. equivalente a la factura: 1202002033936

Facturas atrasadas: 01

Saldo anterior: 13.790,00

Vr. alumbrado público: 13.710,00

Pagar antes de: 21/02/2020

Acuerdo del Concejo Municipal:

Acuerdo 015 de diciembre 29 de 2016

Oficina de atención al ciudadano:

Calle 10 con CARRERA 10 Esquina

### CONCEPTO AP

| CONCEPTO AP                 | VALOR     |
|-----------------------------|-----------|
| Alumbrado Publico           | 13.708,00 |
| Redondeo Facturaciones Ante | -1,79     |
| Aproximación a decenas      | 3,79      |

### NOTA IMPORTANTE:

#### AVISO DE SUSPENSIÓN

Realiza tu pago y evita ser suspendido. Contra la decisión de suspensión por falta de pago, proceden los recursos de reposición ante EPSA y subsidiario de apelación ante SSPD, dentro de los 5 días hábiles siguientes al recibo de esta factura.

### OTROS\*

Tomador EPSA CRÉDITOS:

Saldo pendiente: 0,00

### OTROS CONCEPTOS

| OTROS CONCEPTOS             | VALOR  |
|-----------------------------|--------|
| Tasa Seguridad 1,0% csmo    | 906,28 |
| Redondeo Facturaciones Ante | 3,97   |
| Aproximación a decenas      | -2,25  |

\$ 910

Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos-SSP, actividad económica principal 3511. Grandes Contribuyentes según Resolución N°012635 del 14/Dic/2018. Responsable impuesto sobre las ventas-IVA. Agente retenedor de IVA artículo 437-2 (numeral 2) del E.T. Autorretenedor en renta según Res.0547 del 25 de enero de 2002. Autorretenedor ICA en el municipio de Santiago de Cali, según Res.0247 del 11 de marzo de 1997, Guadalajara de Buga, Cartago, Jamundí, Pereira, La Cumbre y Alcalá. Este documento equivalente a la factura presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la Ley 142 de 1994. Este documento equivalente a la factura sea similar para todos sus efectos a una letra de cambio y por lo tanto sirve de título ejecutivo, según artículo 774 del Código de Comercio. Documento equivalente a factura impreso por CELSIA COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 800.249.860-1



CLIENTE  
MARIA LEONOR RAMIREZ DE OSPINA

PERÍODO FACTURADO  
15/01/2020 - 15/02/2020

ID DE COBROS  
1274533207 - 58

NIC  
1274533

PAGO OPORTUNO  
21/02/2020



Doc. equivalente a la factura: 11202002033936

DADOR







Fontana S.A. E.S.P. Nit. 805.002.741-9  
Empresa de servicios públicos domiciliarios  
Calle 2 No. 22-175 Ofc. 211, C.C. Alfaguara, Jamundí  
E-mail: fontanaesp@fontanaesp.com  
No somos auto retenedores / Renta tarifa 2.5%  
Somos auto retenedores en ICA Jamundí

Línea de atención al usuario  
5162447/48/49  
Daños 310 4227891 | Emergencias 318 6515691

Código suscriptor  
020526

Número de pago electrónico  
00239893020526

Código suscriptor pago PSE  
020526

Factura de venta  
239893

Fecha de expedición  
07/feb/2020

Periodo facturado  
01/ene/2020 - 31/ene/2020

Días fact.  
30

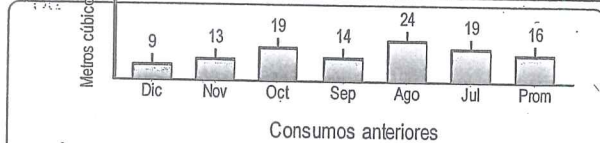
Mes facturado  
Enero 2020

### Datos del suscriptor e inmueble

Nombre: VILLEGAS MARIA-EUGENIA  
Dirección del predio: K 16S 2 52  
Dirección envío factura: K 16S 2 52  
Clase de uso del servicio: RESIDENCIAL

Ciclo: 1  
Ruta: 13030  
Código interno: 10020526  
Estrato: 4

| Medidor |       |          | Lectura  |        | Consumo |          | Observación de lectura |
|---------|-------|----------|----------|--------|---------|----------|------------------------|
| Número  | Marca | Diámetro | Anterior | Actual | Periodo | Promedio |                        |
| 005579  |       | 1/2"     | 4438     | 4457   | 19      | 16       |                        |



| Mes | Vr. Acue | can |
|-----|----------|-----|
|     |          |     |

| Valor consumo acueducto |         |          |        | Valor vertimiento alcantarillado |         |        |       |
|-------------------------|---------|----------|--------|----------------------------------|---------|--------|-------|
| Rango                   | Consumo | Tarifa   | Valor  | Rango                            | Consumo | Tarifa | Valor |
| 1 a 16                  | 16      | 1,543.06 | 24,689 | 1 a 16                           | 16      | 608.27 | 9,732 |
| 17 a 32                 | 3       | 1,543.06 | 4,629  | 17 a 32                          | 3       | 608.27 | 1,825 |
| Subtotal:               |         |          |        | Subtotal:                        |         |        |       |
|                         |         |          |        |                                  |         |        |       |

### Factura del servicio público de aseo

#### Información servicio de aseo

Empresa:  
Nit.:  
Tipo de productor:  
Multiusuario: No  
Descuento por recolección:  
Frec. de recolección semanal: 0  
Frec. de barrido semanal: 0  
Frec. de corte de césped: 0  
Frec. de poda de árboles: 0  
Frec. de lavado de áreas públicas: 0  
TRBL: 0.0 Recolección y transporte:  
TRLU: 0.0 Disposición final:  
TRNA: 0.0 Tratamiento de lixiviados:  
TRIA: 0.0 Comercialización:  
TRRA: 0.0 Limpieza urbana:  
VBA: 0.0 Barrido y Limpieza:

| Últimos 6 meses |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|
|                 |  |  |  |  |  |

Lugar de último pago: CAJA OFICINA - CC. ALFAG LOCAL 31  
Fecha de último pago: 27-dic-2019  
Valor de último pago: \$141,517

SI SU PREDIO SE ENCUENTRA DESOCUPADO POR FAVOR INFORMELO A JAMUNDI ASEO  
DIRECCION CARRERA 3 No 3-130, TELEFONO 5166698 O AL CORREO jamundiasao@hotmail.com

### Resumen de cobro de esta factura

| ACUEDUCTO      |          | Valor  | Cuota pend. |
|----------------|----------|--------|-------------|
| SALDO ANTERIOR | Concepto | 22,105 |             |
| CARGO FIJO     |          | 8,111  |             |
| CONSUMO        |          | 29,318 |             |
| RECARGOS       |          | 107    |             |

| ALCANTARILLADO |  | Valor  | Cuota pend. |
|----------------|--|--------|-------------|
| SALDO ANTERIOR |  | 9,977  |             |
| CARGO FIJO     |  | 4,457  |             |
| VERTIMIENTO    |  | 11,557 |             |
| RECARGOS       |  | 48     |             |

| ASEO           |  | Valor  | Cuota pend. |
|----------------|--|--------|-------------|
| SALDO ANTERIOR |  | 23,620 |             |
| RECARGOS       |  | 115    |             |
| VR SERVICIO    |  | 23,909 |             |

Valor total a pagar \$133,324

| Fecha límite de pago | Pague con recargo | Fecha de suspensión o corte |
|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| 18/feb/2020          | 29/feb/2020       |                             |

Esta factura presta mérito ejecutivo

### Cupón para banco o recaudador

| Código de suscriptor | Código interno | Periodo facturado | Factura de venta | Valor a pagar | Fecha de vencimiento    |
|----------------------|----------------|-------------------|------------------|---------------|-------------------------|
| 020526               | 10020526       | Enero 2020        | 239893           | \$133,324     | 18/feb/2020             |
|                      |                |                   |                  |               | Con recargo 29/feb/2020 |

Puntos de pago  
Local 31 CC Alfaguara (Jamundí)  
Banco BBVA-Convenio No. 188  
Plataforma PSE



(415)7709998331006(8020)0023989310020526(3900)0000133324(96)20200229







C.C. Chipchape Bodega 6  
Piso 3 y Calle 44 No. 28F-79  
Barrio 12 de Octubre,  
Línea de atención a clientes:  
418 7333 Fax: 418 7348  
Fuera de Call: 01 8000 528 888

NIT. 800.167.643-5



No. CONTRATO →

5 35

1208238

Código de referencia  
para pago electrónico →

197685357

#### DATOS DEL CLIENTE

Nombre: MARIA LEONOR RAMIREZ DE OSPINA

Dirección: KR 16 SUR CL 2 - 52 PISO 01

Barrio: RIVERAS DEL ROSARIO

Estrato: 4

Categoría: RESIDENCIAL

Tasa Interés de mora: 2.1100

Ciclo: 214

Factura No.

1108208011

Días de consumo:

31

Periodo de consumo:

D M A D M A  
12 01 2020 11 02 2020

Fecha de límite de pago:

INMEDIATO

Fecha de facturación:

14/02/2020

CARGO FIJO MENSUAL  
CONSUMO DE GAS NATURAL  
REC MORA EXCL. S. PUBL. DIST-COM  
SALDO ANTERIOR

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

Total

2,887.00

30,437.00

84.00

32,630.00

Saldo capital

0.00

0.00

0.00

0.00

Saldo por pagar

0

0

0

0

Lectura actual (m³): 2151  
Lectura anterior (m³): 2134  
Factor de corrección: 0.8936  
Consumo mes (m³): 15  
Consumo promedio últimos 6 meses (m³): 12

Consumo últimos 6 meses

15 AGO

15 SEP

12 OCT

13 NOV

5 DIC

14 ENE

#### Información tarifaria valor del m³

Rango

0 - 0 MAS

0

\$ por cada m³

2029.1

0

Índice de calidad:

12

Medidor:

2100002733-2005-49

Causal de no lectura:

% subsidio o contribución:

0.00% \*

Consumo promedio  
último en (kwh):

3.33

Consumo equivalente  
en kilovatio/hora (kwh):

4.17

Poder calorífico  
del gas natural:

1

Fecha de suspensión  
por falta de pago:

29/FEB/2020

\*Si la obligación o su cargo por concepto de cobros de financiación no bancaria presenta mora y persiste el incumplimiento, GdO S.A. E.S.R. realizará el reporte correspondiente ante los centros de información veinte (20) días calendario a partir de la fecha de entrega de la factura en donde se indique la situación de mora. Solicite información en cualquiera de nuestros puntos de atención. Cualquier inconformidad por favor comunicarla a la Revisoría Fiscal KPMG Ltda. A.A. 2098 Call.

Línea de  
emergencia  
**164**

**Revisión  
Periódica**

La Revisión Periódica  
debe Realizarse con  
Organismos de  
Inspección Acreditados.

Cupo  
aprobado

**Brilla**

2.760.000

\*Sujeto a condiciones y políticas del cupo Brilla

C:832.22 T:770.16 D:416.72 C:2886.81 P:40

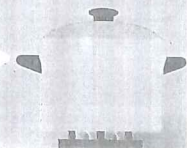
## FINANCIA MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN

hasta por  
**\$ 6.000.000\***

con tu Cupo Aprobado Brilla

**Brilla**  
Gases de Occidente

Utiliza ollas de fondo  
totalmente plano y  
de diámetro similar o  
ligeramente mayor a los  
quemadores o boquillas  
de la estufa

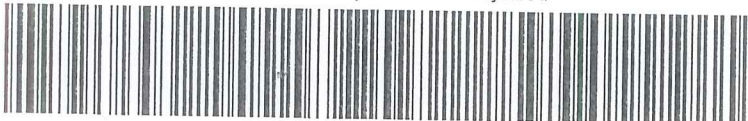


SI PAGA CON CHEQUE ESCRIBA AL RESPALDO DEL MISMO SU NOMBRE, SU CÓDIGO (REFERENCIA) Y TELÉFONO DE CONTACTO.

| Código banco | Nombre banco | Cheque No. |
|--------------|--------------|------------|
|--------------|--------------|------------|

|                       |                                |                          |           |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------|
| Contrato (cliente):   | MARIA LEONOR RAMIREZ DE OSPINA | Pague sin recargo hasta: | INMEDIATO |
| Número de contrato:   | 1208238                        | Pague con recargo hasta: | INMEDIATO |
| Código de referencia: | 197685357                      |                          |           |

Este documento equivalente a la factura presta merito ejecutivo de acuerdo a ley 142-94.



(415)7707183670022(8020)0197685357(3900)0000066038(96)20200227

Recuerde cancelar  
únicamente en los  
puntos autorizados  
por GdO los cuales se  
encuentran relacionados  
al reverso de esta  
factura

Financia en:

**Hero**

con tu Cupo Aprobado Brilla\*

\*Aplican condiciones y restricciones.

9799

TOTAL A PAGAR:

**66,038**

Fecha límite de pago

**INMEDIATO**

18010020 3487

Cadenas S.A.

