



CLINICA DE ESPECIALISTAS SA

NIT 891856372 - 1

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764032886678 de 2022-08-05 a 2023-08-05
autorizado del FECE90001 al FECE120000
CR 9 A 14 17
7708686
SOGAMOSO Boyacá COLOMBIA

FACTURADO A:

UNASALUD UT-SENA CONTRATACION 2021

NIT 900518650 - 7
CLL 22 N° 11A-73
SOGAMOSO - BOYACA - COLOMBIA
clinicassogamosout@gmail.com
3153162667

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NÚMERO: FECE113579 **VENCIMIENTO:** 2023-02-24
MONEDA: COP
FECHA DOCUMENTO: 2023-01-25 11:51:12
FORMA DE PAGO: Crédito
MEDIO DE PAGO: Instrumento no definido

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	931001		TERAPIA FISICA INTEGRAL	5.00	\$ 59,000.00	0	0	\$ 295,000.00	\$ 295,000.00

Observación: Nota sobre el ítem

Cantidad de líneas: 1

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 2228 PACIENTE: CC-46358681-GLORIA SIACHOQUE
BARRERA- INGRESO: 70 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	\$ 295,000.00
IVA:	\$ 0.00
INC:	\$ 0.00
DESCUENTO:	\$ 0.00
ANTICIPOS:	\$ 0.00

TOTAL A PAGAR

\$ 295,000.00

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: \$ 0.00



Cuida el medio ambiente

CUFE: ac67161bd19fc4993bee00a37edd154f50b121a4813de939c2e01e166ea12b2610334b1f19f59af05887fedc90b10453

Elaborado por:

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico y Fabricante del Software: PL-Colab

**CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.****SEDE UNICA****SOMOS SU MEJOR OPCION**

NIT 891856372-1 COD: 157590059201

DIRECCIÓN: CR 9 A 14 17 SOGAMOSO TELÉFONO: 7708686

FECHA: 25/01/2023

VENC: 24/02/2023

PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 113579

NUMERO ID.: CC 46358681	SOGAMOSO	NIT 900518650-7
NOMBRE: GLORIA SIACHOQUE BARRERA		EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3108025302	CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 N° 11A-73
DIRECCION: CRA 2A N 5A-30		CONTRATO: SENA CONTRATACION 2021
MUNICIPIO SOGAMOSO	EDAD: 60 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N
No. HISTORIA:46358681	P.P. 288	P.S. 02
FECHA INGRESO:04/01/2023	FECHA CORTE: 13/01/2023	FECHA SALIDA:13/01/23
AUTORIZACIÓN:2228	NOMBRE AUTORIZADORPATRICIA MORENO	AMBULATORIO

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
931001	001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	59.000,00	5	295.000,00
SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :				5	295.000,00
TOTAL FACTURA:					295.000,00

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	295.000,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
VALOR A PAGAR POR EL USUARIO	0,00
ABONOS	0,00
VALOR IVA	0,00
SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO	0,00
VALOR PAGADO POR EL USUARIO	0,00
VALOR NO PAGADO POR EL USUARIO	0,00

SON EN TOTAL :

Valor a pagar por la empresa:

DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

GLORIA SIACHOQUE

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Fecha Rec. _____

DELIA L

Responsable Facturación LUZ DELIA LOPEZ GALEANO

Sede: SEDE UNICA

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

Recibimos los servicios expresados en esta factura y en consecuencia pagaremos a la orden CLINICA ESPECIALISTAS S.A. la totalidad del impor

te La presente factura de venta se asimila a una letra de cambio para todos sus efectos(Art.772-774 C.Co) y causa intereses de mora a partir

del vencimiento Reg Común. Agente retenedor de IVA. No somos autorretenedores. Cod Activ Economica 8610

AUTORIZACION DE FACTURACION ELECTRONICA NUMERO 18764032886678 DEL 05/08/22. VIGENCIA 12 MESES DESDE EL NUMERO FECE 90.001 HASTA EL NUMERO FECE 120.000.

RESOLUCION NO. 18764032886678 DEL 05/08/22. DESDE EL NO. FECE90001 HASTA EL NO. FECE120000

Programa Licenciado a: CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.

891856372 7J.0 *HOSVITAL*



Impreso: 2022-12-22

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: BOYACA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2228

Adscrito: 177041 - UNASALUD U.T
Dirección: C.LAG. CLL 22 N°11A 73 y C.ESP.CRA 9A N°14-17 SOGAMOSO
Teléfono(s): 7703680 - 7704400
Especialidad: CLINICAS - HOSPITALES - ODONTOLOGIA - CLINICAS - HOSPITALES

HC: 46358681

Favor atender por nuestra cuenta a SIACHOQUE BARRERA GLORIA identificado con el carne 9522317-C Conyuge de CARDOZO RODRIGUEZ ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Sesiones Con Optómetra, Ortoptista, Terapista O Nutricionista Hasta	5	48000	240000

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

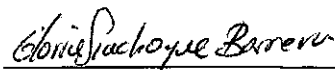
FISIOTERAPIAS N° 5 SESIONES

DX: EPITROCLEITIS MMMSS

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS
AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO


Médico/Odontólogo Asesor



Recibido a Satisfacción

C.C. 46358681



Clínica de
Especialistas

Somos su mejor opción

PROCESOS MISIONALES

FECHA DE EMISIÓN:
DICIEMBRE DE 2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FÍSICA

FECHA DE REVISIÓN: ENERO
DE 2020

CÓDIGO: M - F - 103

PÁGINA 1 DE 2

VERSIÓN: 3.0

FECHA: 04-01-2023

HISTORIA CLÍNICA TIPO

CE CC TI RC

Nº: 46358681

Yo, Gloria Sadoque Barrera identificado (a) con cedula de ciudadanía N° 46358681 de Sogamoso en forma personal o como el acudiente de diagnostico Fisioterapias MPTD en la fecha, de forma libre y espontánea manifiesto que según mi

1. He recibido la información del plan de Terapia Física requerido para mi patología.
2. He sido informado(a) de las alternativas posibles de tratamiento, teniendo en cuenta que:

Definición	Riesgos	Beneficios
Terapia Física: Consiste en el tratamiento de diferentes enfermedades bajo el uso de medios físicos, mecánicos y ejercicio terapéutico, de acuerdo a la evaluación previa del movimiento.	☐ Riesgo de caídas ☐ Experimentar dolor muscular, edema o inflamación en primeras sesiones ☐ Lesión por utilización inadecuada de equipos ☐ Lesiones de la piel por utilización inadecuada de frío y calor ☐ Otros:	☐ Disminuir el dolor e inflamación ☐ Mejorar la flexibilidad, mejorar y mantener la movilidad articular y la fuerza muscular ☐ Mejorar el desempeño en actividades de la vida diaria ☐ Mejorar la calidad de vida

3. Me han aclarado todas las dudas e interrogantes, así como la responsabilidad que tengo como paciente de seguir las indicaciones para el éxito del tratamiento.
4. Me han sido explicados que para la realización del tratamiento es indispensable seguir las indicaciones que se me dan, siendo así que su omisión o mala práctica pueden provocar resultados negativos o diferentes a los esperados.
5. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y de esta forma consiente y autorizo que se realice el plan de TERAPIA FISICA que se registrara en mi historia clínica.
6. CANCELACIONES: Me comprometo a notificar la cancelación de una cita con 24 horas de antelación con el fin de reprogramar mi sesión. Si falto por más de dos días consecutivos a mis sesiones programadas, se da por entendido que he abandonado el tratamiento y por lo tanto las sesiones se cancelaran. En caso de ser una emergencia, se estudiará el caso y se harán ciertas excepciones.
7. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento; autorizo al profesional de la CLINICA DE ESPECIALISTAS LTDA a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportunas para la resolución de la complicación.
8. De esta manera, autorizo la realización de la sesión programada y ordenada por el médico tratante y firmo constancia.

Sesión N°	Fecha	Firma del usuario o representante	Firma del profesional de TERAPIA FISICA
1	01-04-2023	Gloria Sadoque B.	
2	01-05-2023	Gloria Sadoque B.	
3	01-06-2023	Gloria Sadoque B.	
4	01-12-2023	Gloria Sadoque B.	
X	01-13-2023	Gloria Sadoque B.	
6			

CONSENTIMIENTO INFORMADO según disponen los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981, por la cual se dictan las normas en materia de ética médica.



* Filtrado por fecha de atención

Paciente: CC 46358681	GLORIA SIACHOQUE BARRERA
Edad: 60 AÑOS	

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS

Cama:

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 04/01/2023 19:12:01

REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO

RESULTADOS : Paciente programado telefónicamente para iniciar sesiones de terapia física a quien se le aplico encuesta COVID-19 en el momento sin signos de alarma por lo que se dan recomendaciones de uso de tapabocas y lavado de manos para recibir el tratamiento.

Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.

Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.

IDX: EPICONDILITIS M771

OCUPACION: HOGAR

ANTECEDENTES: ANALGESICOS, GASTRITIS

TIEMPO DE EVOLUCION: 6 MESES

Paciente quien ingresa al servicio por presentar compromiso funcional y mecanico en codos bilateral, A la valoracion refiere dolor incapacitante en region mencionada con predominio el izquierdo region interna, el cual aumenta en la noche y cuando realiza actividades que requieran esfuerzo, hipersensibilidad en region media del codo, inestabilidad muscular de miembros superiores, movilidad articular limitada de flexoextension por dolor, se inicia plan de manejo con el objetivo de disminuir dolor, mejorar funcionalidad, aumentar arcos de movimiento, lograr estabilidad muscular se aplica calor humedo, tens, masaje, tecnica de Rood, ejercicios isometricos, induccion miofascial cadena cinetica abierta, movilidad activa se dan indicaciones tecnicas de relajacion, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M770	EPICONDILITIS MEDIA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO

Reg. MD. 503-67

FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS

Cama:

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 05/01/2023 14:39:30

REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO

RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.

Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.



* Filtrado por fecha de atención

Paciente: CC 46358681
Edad: 60 AÑOS**GLORIA SIACHOQUE BARRERA**

Paciente continua tratamiento en codo bilateral, con buena respuesta al plan de manejo, se aplica calor humedo local, electroestimulacion funcional, ultrasonido, se realiza discriminacion de movimientos de miembros superiores, mecanoterapia progresiva con bosu, autoestiramientos dinamicos de miembro superior, facilitacion propiceptiva neuromuscular con inversion lenta, capacidad de reaccion, masaje terapeutico, induccion miofascial, se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales, autoestiramientos, actitud postural, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M770	EPICONDILITIS MEDIA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA**Procedimiento:** 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**Pabellon Ordenado:** CONSULTAS MEDICAS **Cama:****FECHA Y HORA DE APLICACIÓN** 06/01/2023 14:16:12

REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO

RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.

Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA

Paciente continua tratamiento en codos, refiere dolor de menor intensidad, se aplica tens funcional, calor humedo local con precaucion, realiza ejercicios terapeuticos funcionales de miembro superior, mecanoterapia progresiva con bosu, polea patrones cruzados, facilitacion propiceptiva neuromuscular con estabilizacion ritmica e inversion lenta, capacidad de reaccion, masaje de cyriax, induccion miofascial, se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales.

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M770	EPICONDILITIS MEDIA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA**Procedimiento:** 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**Pabellon Ordenado:** CONSULTAS MEDICAS **Cama:****FECHA Y HORA DE APLICACIÓN** 12/01/2023 18:41:59

REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO

RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas



* Filtrado por fecha de atención

Paciente: CC 46358681
Edad: 60 AÑOS**GLORIA SIACHOQUE BARRERA**

de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta. Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.

Paciente continúa tratamiento en miembros superiores, refiere dolor moderado, se aplica calor húmedo local, TENS dinámico funcional en músculos extensores de codo, ultrasonido, vibroterapia, se realiza técnica de Rood, Frenkel, estímulos propioceptivos con diferentes texturas, masaje sedativo, cinesiterapia asistida funcional, facilitación propioceptiva neuromuscular con iniciación rítmica, Ejercicios excéntricos de miembros superiores, Se sugiere al paciente realizar ejercicios plan casero con el fin de mantener y mejorar funcionalidad, reeducar patrones funcionales de movimiento. Se finaliza sesión sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M770	EPICONDILITIS MEDIA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA**Procedimiento:** 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**Pabellon Ordenado:** CONSULTAS MEDICAS**Cama:****FECHA Y HORA DE APLICACIÓN** 13/01/2023 14:42:15

REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO

RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.

Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.

Paciente continúa tratamiento en codos con evolución favorable, mejor estabilidad muscular, se aplica calor húmedo local, TENS dinámico funcional en músculos, se realizan ejercicios excéntricos activo resistidos en miembros superiores en diferentes ángulos teniendo en cuenta las actividades integrales adaptadas y reales, facilitación propioceptiva neuromuscular con patrones bilaterales, desempeño muscular, capacidad de reacción con conos, patrones cruzados con poleas, autoestiramientos. Se recomienda realizar ejercicios en casa con el fin de mejorar propiocepción y aumentar rangos de movimiento en codo. Se finaliza sesión sin complicaciones.

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M770	EPICONDILITIS MEDIA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46.358.581
 SIACHOQUE BARRERA
 NOMBRES GLORIA
 SEXO F

FIRMAS
 [Signature]
 [Signature]

[Portrait Photo]

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1963
 SOGAMOSO
 (BOYACA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

24-MAR-1983 SOGAMOSO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ERNESTO NACHEZ TORRES

[Fingerprint]

[Barcode]

A-0727700-00120061 F-00469568861-20081102 D008174343A 1 7320008180



9522317-C

Gloria

Siachoque Barrera

Id. N° 46,358,681 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento: 15-07-1963

RH: O+



REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Gloria

Siachoque Barrera

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.

Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.



REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL