P-04

AUXILIO DE CONTINGENCIA Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.

P-04-01

FONDO PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR (INCLUYE AUXILIO FUNERARIO, REMISIONES DE SALUD, TRANSPORTE DEL BENEFICIARIO, TRANSPORTE DEL PERSONAL DE ACOMPAÑAMIENTO Y PAGO DE CUIDADORAS.

347

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000148

Pagado a: 1,007,312,625 LUGO FERNANDEZ DAYANA

Dirección: VALPARAISO Florencia-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024 **Fecha:** 30/06/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $800,000.00 OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1007312625	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024	2		800,000.00	
11050501	1007312625	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024	2			800,000.00

Elaboro ADMIN 6/08/2024 10:04:21 a. m.	Revisó:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:

D	M	A	CONSECUTIVO #
30	06	2024	10

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

348

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
DAYANA LUGO FERNANDEZ	C.C. (X) NIT	1,007,312,625
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3134937522	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN UNIDAD	VALOR DE LA OPERACIÓN TOTAL
2	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DIA 11 DE JUNIO DEL 2024	260,000	520,000
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE DURANTE EL DIA 26 DE JUNIO DEL 2024	280,000	280,000

SON: OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE.

TOTAL	$800,000.00
BASE GRAVABL	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA :

NOMBRE : DAYANA LUGO FERNANDEZ

No C.C. : 1,007,312,625

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGUN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR:
Arnulfo Reyes Arias.

N. CEDULA: 7509590
EDAD: 74. años SEXO: M x F _____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Dayana Lugo Fernandez
N. CEDULA: 1007372625

FECHA SALIDA: DIA 11 MES Junio AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 11 MES Junio AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION:
Municipio Valparaiso Caqueta.
CUIDAD DESTINO DE REMISION:
Florencia caqueta.
MOTIVO DE LA
REMISION: cita medica de fisioterapia

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE,
PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Dayana Lugo Fernandez.
CC: 1007372625
CARGO: Auxiliar de enfermeria
N. DE CELULAR: 3134937522

CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

RecuperAMI IPS
NIT 901102510-1

M.D. Especialista	Eddy Xiomara Ruiz Cortez	**Especialidad**	FISIATRÍA

DATOS PERSONALES

Paciente	ARNULFO REYES ARIAS	**Identificación**	7509590
Ocupación	NO APLICA	**Teléfono(s)**	3134937522
Edad	74 años 0 meses	**Estado Civil**	Soltero(a)
Entidad	ASMET SALUD EPS SAS PGP	**Fecha de Atención**	11-Jun-2024
Dirección	CENTRO		
Lugar	VALPARAISO - Caqueta	**Hora de Atención**	1:40 pm
Tipo de usuario	SUBSIDIADO	**Sexo**	Masculino
Diagnóstico Principal	R060 Disnea		

Motivo de Consulta
procedencia valparaiso
lateralidad: diestra
acomapañante: dayana acompañante de casa de anciano
vive en casa de ancianos

MC remitida de primer nivel sin causa clara. programa de cronicos

Enfermedad Actual
paciente con antecednete de enfermedad croonaria. refiere dolor toracico con actividad moderada con disnea de moderados esfuerzos. sintomatologia de aproximadamente 4 meses de evolucion.
ortopnea ocasional.
niega edema periferico

Antecedentes

Patológicos	enf coronaria., dislipidemia. carvedilol rosuvastatina asa enfermedad coronaria manejada con angioplastia hace 2 años
Quirúrgicos	catateriSmo
Tóxico / Alergías	Niega
Inmunologicos	Niega
Funcionales	Independiente en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria. Escala de Barthel de 100/100
Ambientales	Niega
Hábitos	Vida activa
Ginecobstétricas	FUR: UCV: Última mamografía:
Laborales	Niega
Paraclínicos	Niega
Otros	Niega

Revisión por Sistemas parestesias en 4 extremidades

Examen Físico

CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

357

RecuperAMI IPS
NIT 901102510-1

M.D. Especialista	Eddy Xiomara Ruiz Cortez		
Paciente:	ARNULFO REYES ARIAS	**Identificación:**	7509590
Sexo:	Masculino		
Entidad:	ASMET SALUD EPS SAS PGP	**Fecha :**	2024-Jun-11
Dirección	CENTRO		
Lugar:	Florencia Caquetá	**Tipo de usuario:**	SUBSIDIADO
Diagnostico:	R060-Disnea		

Descripción	Código	Prescripción	Cant
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	890384	Control con fisiatria con resultados	1

eddy xiomara Ruiz C.

Dra Eddy Xiomara Ruiz Cortes
Esp. Medicina FÃsica y RehabilitaciÃ'n - RM 52.981.797

cita de control
via whatsapp

FundECAD

352

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR:
Luis Alberto Ramos Cuellar.

N. CEDULA: 17.680067
EDAD: 75 años SEXO: M X F

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Dayana lugo fernandez.
N. CEDULA: 1007372625

FECHA SALIDA: DIA 11 MES Junio AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 11 MES Junio AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION:
Municipio valparaiso caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION:
Florencia caqueta
MOTIVO DE LA
REMISION: Cita medica de fisioterapia .

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE,
PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Dayana lugo fernandez
CC: 1007372625
CARGO: Auxiliar de enfermeria.
N. DE CELULAR: 3134937522

CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

RecuperAMI IPS
NIT 901102510-1

M.D. Especialista	Eddy Xiomara Ruiz Cortez	**Especialidad**	FISIATRÍA

DATOS PERSONALES

Paciente	LUIS ALBERTO RAMOS CUELLAR	**Identificación**	17680067
Ocupación	NO APLICA	**Teléfono(s)**	3134937522
Edad	75 años 7 meses	**Estado Civil**	Soltero(a)
Entidad	ASMET SALUD EPS SAS PGP	**Fecha de Atención**	11-Jun-2024
Dirección	CENTRO		
Lugar	VALPARAISO - Caqueta	**Hora de Atención**	1:00 pm
Tipo de usuario	SUBSIDIADO	**Sexo**	Masculino
Diagnóstico Principal	I10 Hipertension esencial (primaria)		

Motivo de Consulta

procedencia: valparaiso
acompañante: Dayana amiga
vive en casa de adulto mayor.
lateralidad diestra

MC remitido d emedicina general causa no clara.

Enfermedad Actual

pacietne mal informante refiere dolor generalizado y prurito generalizado. dolor leve. no se incrementa con actividades. independiente en ABC. vive en casa de adulto mayor. refiere hace hamacas y artesanias.
realiza actividad fisica de forma ocasional

Antecedentes

Patológicos	HTA en manejo con losartan
Quirúrgicos	Niega
Tóxico / Alergias	Niega
Inmunologicos	Niega
Funcionales	Independiente en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria. Escala de Barthel de 100/100
Ambientales	Niega
Hábitos	Vida activa
Ginecobstétricas	FUR: UCV: Última mamografía:
Laborales	Niega
Paraclínicos	Niega
Otros	Niega

Examen Físico

Peso 58 Kg **Talla** 165 cm **Temp.** 36.5 °C **F.C.** 70 lpm **F.R.** 18 rpm **T.A.** 150/80 mmHg **SpO2** 98% **IMC** 21.3

CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

RecuperAM IF
NIT 901102510-1

buen esatdo general

ingresa con marcha independiente patron de marcha normal

arcos de movilidad artiicular conservados

equilibrio monopodal defiente

marcha en tandem con equilibrio deficiente

fuerza y sensibilidad conservada

Plan Terapéutico / Tratamiento

paciente adulto mayor con riesgod e fragilidad. leve alteracion en equilibrio monopodal y marcha e
tandem . no se evidencia ptras alteraciones singificativas. se educa en ejercicios caseros para fortalecimiento global y mejora en equilibrio
se educa en prevencion de caidas
salida de fisiatria . continaur con habitos de vida saludable

Eddy Xiomara Ruiz C.

Dra Eddy Xiomara Ruiz Cortes
Esp. Medicina Física y Rehabilitación - RM 52.981.797

FundECAD

355

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR:
Arnulfo Reyes Arias

N. CEDULA: 7509590
EDAD: 74 años SEXO: M x F _____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Dayana Lugo Fernandez.
N. CEDULA: 1004312625

FECHA SALIDA: DIA 26 MES 06 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 26 MES 06 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION:
Municipio Valparaiso Caquetà
CUIDAD DESTINO DE REMISION:
Florencia Caquetà.
MOTIVO DE LA
REMISION: Cita con especialista cardiologia.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE,
PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Dayana Lugo Fernandez.
CC: 1004312625
CARGO: Auxiliar de enfermeria
N. DE CELULAR: 3134937522

NAZHER
Centro Médico Especializado

IPS NAZHER CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO S.A.S

NIT: 901.244.204-1
Celular: 320 810 5257
Dirección: Cra 10 # 9 A - 72 La Cooperativa
Correo: nazhercme@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD GENERAL

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 91,990**

Ciudad y Fecha: FLORENCIA (CAQUETÁ, COLOMBIA) 26/06/2024 - 10:08 A. M. **Empresa:** ASMET SALUD
Tipo Evaluacion Medica: CONSULTA CARDIOLOGIA PRIMERA VEZ **Cargo:** SIN OCUPACIÓN
Nombres y Apellidos: REYES ARIAS ARNULFO **CC:** 7509590 **Fecha de Nacimiento:** 27/05/1950 **Edad:** 74 AÑOS 1
Lugar de Nacimiento: **Dir. Residencia:** ANCIANATO VALPARAISO **Teléfono:** 3214738848
Estudios: PRIMARIA **Estado Civil:** CASADO(A) **E.P.S:** ASMET SALUD **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

MOTIVO DE LA CONSULTA

CARDIOLOGIA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EN PERVUIO SEGUIMIETNO POR LA ESPECIALIDAD ANTECEDENTE DE PATOLOGIA ISQUEMICA INTERVENIDA PERCUTANEMENTE APORTA HC DE MEDILASER CON EVIDENCIA DE ARTERIOGRADIA DE 29-09-2021 CON ADA CON STENT PERMEABLE EN EL TERCIOMEDIO, CX . SE INDICARON ESTUDIOS PERO NO VOLVIO, ACTUALMENTE REFIERE DISNEA DE MEDIANOS A MINIMOS ESFUERZOS, PALPITACIONES INTERMITENTES, DOLOR TIPO PUNZANTE. NO EDEMA DE MMII

FARMACOLOGICOS: FARMACOLÓGICOS: ASA 100X1, CARVEDILOL, NO RECUERDA MEDICAMENTOS..

ANTECEDENTES FAMILIARES

Item	Observación
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
CÁNCER	NO REFIERE
OTROS	

ANTECEDENTES PERSONALES

Item	Observación
HTA	DX A LOS 61 AÑOS APX, SI
DIABETES	NO REFIERE
ENF RENAL	NO REFIERE
ENF ARTICULAR	NO REFIERE
TBC	NO REFIERE
VENEREAS	NO REFIERE
SIND CONVULSIVO	NO REFIERE
INMUNOLOGICOS	NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES	NO REFIERE
TOXICOS ALERGICOS	NO REFIERE
TRAUMATICO	NO REFIERE
QUIRURGICOS	CORONARIOGRAFIA 2017
ESCLEROTERAPIA PREVIA	NIEGA
PLANIFICACIÓN	NIEGA
FACTORES AGRAVANTES	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (2017) REVASCULARIZADA PERCUTÁNEAMENTE AL PARECER CD
OTRO	FARMACOLÓGICOS: ASA 100X1, ATORVASTATINA 20X1, LOSARTAN 50X2, NO RECUERDA MEDICACIÓN. FARMACOLÓGICOS: CARVEDILOL 25X2, LOSARTAN 50X2, FARMACOLÓGICOS: CARVEDILOL 6.25X1, LOSARTAN 50X2, TICAGRELOR 90X2

REVISIÓN POR SISTEMAS

Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO

357

NAZHER
Centro Médico Especializado

IPS NAZHER CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO S.A.S

NIT: 901.244.204-1
Celular: 320 810 5257
Dirección: Cra 10 # 9 A - 72 La Cooperativa
Correo: nazhercme@gmail.com

ORDEN A SERVICIO

26	06	2024

N° Identificación: CC 7509590	Nombre del Paciente: REYES ARIAS ARNULFO	Edad: 74 AÑOS	EPS: ASMET SALUD

CIE 10: [I351] INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) AORTICA, [I420] CARDIOMIOPATIA DILATADA

[CUPS] Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita

℞/

1 [895001] MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO HOLTER (1)

2 [894102] PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR (1)

3 [890328] CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA (1)
CONTROL CON RESULTADOS Y ESTUDIOS PENDIENTES-



SARMIENTO RUIZ PEDRO
Especialidad: CARDIOLOGO
R.M. 1110475508 - Firmado Electrónicamente.

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000149

Pagado a: 1,118,072,830 GOMEZ GONZALÉZ INGRID YASLEIDY

Dirección: VALPARAISO Valparaíso-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024 **Fecha:** 30/06/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $280,000.00 DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1118072830	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024	2		280,000.00	
11050501	1118072830	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024	2			280,000.00

Elaboro ADMIN 6/08/2024 10:16:23 a. m.	Reviso:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:
Lorena Machado	Alejandra	Alejandra	Ingrid Yasleidy Gómez G.

359

D	M	A	CONSECUTIVO #
30	06	2024	11

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
INGRID YASLEIDY GOMEZ GONZALEZ	C.C. (X) NIT	1,118,072,830

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3142043638	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN UNIDAD	VALOR DE LA OPERACIÓN TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DÍA 04 DEL MES DE JUNIO DEL 2024	280,000	280,000

SON: DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.

QUINIENTOS	$280,000.00
BASE GRAVABL	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA : Ingrid Yasleidy Gómez G.
NOMBRE : INGRID YASLEIDY GOMEZ GONZALEZ
No C.C. : 1,118,072,830

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

360

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR:
Ernesto Varon Caicedo

N. CEDULA: 16.190.704
EDAD: 80 años SEXO: M X F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Ingrid yasleidy Gómez Gonzalez
N. CEDULA: 1.118.072.830

FECHA SALIDA: DIA 04 MES 06 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 04 MES 06 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION:
Valparaiso Caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION:
Florencia Caqueta
MOTIVO DE LA
REMISION: Toma de Biometria en ojo izquierdo

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE,
PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Ingrid yasleidy Gómez G.
CC: 1.118.072.830
CARGO: Aux Enfermeria
N. DE CELULAR: 3142043638

04/06/2021 08:31 AM V1.12 04106124

OFTALMOLASER

Paciente: Ernesto Varon

Edad:

ID: 16190204

Usuario: Erika Vargas

Biometria Predet: Predet.1

Paquimetria Predet: Preset1

361

OI/Ojo Izquierdo

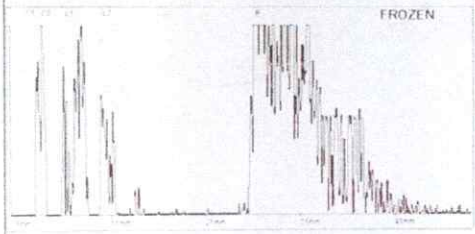
Tipo Fáquico AC 1532 L 1624 V 1532

K1 42.13 A1 120 Tecnica Inmersión

K2 41.68 A2 60 Modo AUTO

K 41.91 Ganancia 63

Blanco A



1	23.07
2	-- --
3	23.07
4	23.08
5	-- --
6	23.08
7	23.05
8	23.03
9	23.02
10	23.08
AC:	2.87
L:	4.17
V:	16.04
SD:	0.02
Media:	23.06

OI/Ojo Izquierdo

TA: 0.00

K1 42.13 K 41.91 LA Media 23.06 SD 0.02

K2 41.68 AC 2.83

1ª LIO BELENS P

Formula SRK-T

A 118.20

Emetropia 23.28

Potencia	Refracción
21.50	1.29
22.00	0.93
22.50	0.57
23.00	0.21
23.50	-0.16
24.00	-0.54
24.50	-0.92
25.00	-1.30
25.50	-1.69

2ª LIO OCUFLEX P

Fórmula SRK-T

A 118.00

Emetropia 23.02

Potencia	Refracción
21.00	1.47
21.50	1.11
22.00	0.75
22.50	0.39
23.00	0.02
23.50	-0.36
24.00	-0.74
24.50	-1.12
25.00	-1.51

3ª LIO SEELENAF P

Formula SRK-T

A 118.76

Emetropia 24.03

Potencia	Refracción
22.00	1.43
22.50	1.08
23.00	0.73
23.50	0.38
24.00	0.02
24.50	-0.34
25.00	-0.71
25.50	-1.08
26.00	-1.46

OI/Ojo Izquierdo COMPARACION

Tipo Faquico K Media 41.91

Ametropia 0.00 LA Media 23.06

	1ª	2ª	3ª
LIO	BELENS P	OCUFLEX P	SEELENA P
A	118.20	118.00	118.76
ACD	5.01	5.46	5.37
FC	1.23	1.68	1.58

TABLA COMPARACION EMETROPIA

BINKHORST-II	24.13	25.15	24.94
HAIGIS	24.95	24.67	25.77
HOFFER-Q	23.70	24.71	24.50
HOLLADAY	23.42	24.39	24.17
SRK-II	22.83	22.63	23.39
SRK-T	23.28	23.02	24.03

TABLA COMPARACION AMETROPIA

BINKHORST-II	24.13	25.15	24.94
HAIGIS	24.95	24.67	25.77
HOFFER-Q	23.70	24.71	24.50
HOLLADAY	23.42	24.39	24.17
SRK-II	22.83	22.63	23.39
SRK-T	23.28	23.02	24.03

OI
jen

Powered by CamScanner

Oftalmoláser® Comprometidos con su visión	OFTALMOLASER SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL HUILA SA	
	NOTA DE TOMA DE BIOMETRIA POR TECNICO – TECNICA DE ULTRASONIDO	
Código: X-FO-032	VERSION: 01	VIGENCIA: 03-01-2024

NOMBRE DEL PACIENTE	Ernesto Varon		
HISTORIA CLINICA	16190209		
ENTIDAD	Asmet salud		
LATERALIDAD	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO X	AMBOS OJOS
MEDICO QUIEN ORDENA EL EXAMEN	Jon Gomez		
AUXILIAR QUE TOMA EL EXAMEN	enfv.		
FECHA DE LA TOMA DEL EXAMEN	04/06/2024		

OBSERVACION:

Se toma biometria por orden médica con técnica ultrasonido.

NOMBRE DEL TECNICO

Powered by CamScanner

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000150

Pagado a: 1,006,530,508 SUAREZ VARGAS MABERLY

Dirección: VALPARAISO Valparaíso-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024 **Fecha:** 30/06/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $280,000.00 DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1006530508	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024	2		280,000.00	
11050501	1006530508	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES JUNIO 2024	2			280,000.00

Elaboro ADMIN 6/08/2024 10:19:50 a. m.	Reviso:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:
LORENA MACHADO	Alejandro J	Alejandro J	

364

D	M	A	CONSECUTIVO #
30	06	2024	08

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
NABERLY SUAREZ VARGAS	C.C. (X) NIT	1,006,530,508

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3114556918	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN UNIDAD	VALOR DE LA OPERACIÓN TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DIA 19 DEL MES DE JUNIO DEL 2024	280,000	280,000
			0

SON: DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.

TOTAL	$280,000.00
BASE GRAVABL	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA :

NOMBRE : NABERLY SUAREZ VARGAS

No C.C. : 1,006,530,508

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

365

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR:
Alejandrino Ruiz.

N. CEDULA: 2373451
EDAD: 83 años. SEXO: M X F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Maberly Suarez. Vargas.
N. CEDULA: 1006530508.

FECHA SALIDA: DIA 19 MES 06 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 19 MES 06 AÑO 2024.

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION:
Valparaíso - Caquetá.
CUIDAD DESTINO DE REMISION:
Florencia - Caquetá.
MOTIVO DE LA
REMISION: Toma de ecocardiograma.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE,
PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Maberly Suarez Vargas.
CC: 1006530508.
CARGO: Aux. Enfermería.
N. DE CELULAR: 3114556918.

NAZHER Centro Médico Especializado	MANUAL DE REGISTROS	
	INFORME DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	Código: PS-CE-FO-003 Fecha: 15-04-2024 Versión: 01 Página: 1 de 1

INFORME ECOCARDIOGRAFICO

FECHA: 19 JUNIO 2024	NOMBRE: ALEJANDRINO RUIZ
EDAD: 83 AÑOS	REFERIDO: ASMET SALUD
IDENTIFICACION: CC.	GENERO: M
PESO: 62 KG	ESTATURA: 160 CM

ESTUDIO REALIZADO CON EQUIPO: ESAOTE mylab sygma, armónicas y transductores de SP5-1E, transductor multiplano más proyecciones convencionales, con los siguientes hallazgos:

MEDIDAS

CAMARA	VALOR	NORMAL	CAMARA	VALOR	NORMAL
Auricula izquierda (mm.)	33	27-38mm	Pared Septal (mm.)	8	6-11 mm
Raiz de Aorta (mm.)	33	3.4 +/-0.3	Pared Posterior (mm.)	8	6-11 mm
Apertura de Aorta (mm.)	-	16 -24 mm	Ventrículo Derecho (mm.)	27	19-28 mm
DFD (mm.)	43	3.9-5.9	Fracción de Eyección VI (%)	55	55-65%
DFS (mm.)	30		IMVI: gr/m^2	64	gm/m2sc

DESCRIPCION:

1. **VENTRÍCULO IZQUIERDO:** GRP: 0.38 . VFD 46ml/m2 VFS 20ml/m2. fracción de eyección calculada en 55% No se observan trombos intracavitarios en el momento. El análisis de la función diastólica ventrículo izquierdo (Onda E: 85 cm/seg, Onda A: 87 cm/seg, Tiempo de desaceleración 300 m/seg), Relación E/A: 0.64 Onda e. L: 8 cm/seg, Relación E/e': 7.1 cm/seg
2. **VENTRÍCULO DERECHO** De tamaño normal y función normal. TAPSE 20mm.
3. **AURÍCULA IZQUIERDA** De tamaño normal. 21ml/m2
4. **AURÍCULA DERECHA** De tamaño normal. 15ml/m2
5. **TABIQUE INTERAURICULAR E INTERVENTRICULAR:** Íntegros
6. **VÁLVULA MITRAL** Morfología y estructura normal, aparato subvalvular normal. Se aprecia excursión conservada, cierre central, el doppler es normal, no muestra jet de insuficiencia, sin gradientes estenóticos. No se evidencian vegetaciones.
7. **VÁLVULA AÓRTICA**. Es trivalva, con apertura conservada, cierre central, adecuado flujo sistólico, con gradiente pico de. 5 mmHg Vel max. 1.1 m/seg. el doppler muestra jet de insuficiencia, sin gradientes estenóticos. No se evidencia vegetaciones.
8. **VÁLVULA PULMONAR** Morfología y estructura normal, arterias pulmonares de diámetros normales, gradiente pico de 2.7 mmHg vel 0.63 m/seg TAP: 116 mseg
9. **VÁLVULA TRICÚSPIDE** Morfológicamente normal, no se observa jet de insuficiencia, por lo cual no es posible calcular una PSAP
10. **VENA CAVA INFERIOR** Normal, adecuado colapso inspiratorio
11. **AORTA** De diámetros normales, velocidades normales.
12. **PERICARDIO** De aspecto normal.

CONCLUSIONES:

1. **VENTRÍCULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA, FEVI: 55% (SIMPSON BP). FUNCION DIASTOLICA NORMAL**
2. **SIN TRASTORNOS DE LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA**
3. **VENTRÍCULO DERECHO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL FUNCIÓN SISTOLICA CONSERVADA**
4. **INSUFICIENCIA AÓRTICA DEGENERATIVA DE GRADO LEVE**
5. **PROBABILIDAD ECOCARDIOGRAFICA BAJA PARA HIPERTENSIÒN PULMONAR**

Nota: Estudio realizado en ritmo de bradicardia sinusal

Pedro Sarmento Ruiz
Medicina Interna - Cardiología
C.C. 1110175503

DR. PEDRO SARMIENTO
MEDICINA INTERNA – CARDIOLOGÍA- MSC ECOCARDIOGRAFÍA

Powered by CamScanner

367

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL COMPROBANTE DE EGRESO CE 001 0000151

Pagado a: 1,088,344,862 FERRER MEZQUITA YAIZA

Dirección: FLORENCIA Florencia-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO COMPRA DE MATERIALES PARA DIVERSAS NECESIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES **Fecha:** 30/06/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $279,000.00 DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1088344862	PAGO COMPRA DE MATERIALES PARA DIVERSAS NECESIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES	2		279,000.00	
11050501	1088344862	PAGO COMPRA DE MATERIALES PARA DIVERSAS NECESIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES	2			279,000.00

Elaboro ADMIN 6/08/2024 10:37:08 a. m.	Reviso:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:
YOLENA MACHADO			

368

D	M	A	CONSECUTIVO #
30	06	2024	12

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
YAIZA FERRER MEZQUITA	C.C. (X) NIT	1,088,344,862

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
BARRIO LAS AVENIDAS	3163724420	FLORENCIA- CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN UNIDAD	VALOR DE LA OPERACIÓN TOTAL
1	VASO HUMIDIFICADOR	30,000	30,000
1	MANGERA PARA BALA DE OXIGENO	45,000	45,000
1	RECARGA BALA DE OXIGENO	50,000	50,000
1	BRIMONIDINA 0.2% + TIMOLOL 0.5% 10 ML SOLUCIÓN OFTALMICA	154,000	154,000

SON: DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS MCTE.

TOTAL $279,000.00

BASE GRAVABLI	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA : _____

NOMBRE : YAIZA FERRER MEZQUITA

No C.C. : 1,088,344,862

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.344.862

FERRER MEZQUITA

APELLIDOS

YAIZA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1997

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

30-SEP-2015 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P:2400100-00758110-F:1088344862-20151028 0047197047A 1 45070059

REGISTRO FOTOGRAFICO
EMERGENCIAS



HUMIDIFICADOR Y MANGUERA PARA OXIGENO





371

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14922774071

(415)7707212489984(8020) 000001492277407 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 8 3 4 4 8 6 2	1	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1088344862	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FERRER	MEZQUITA	YAIZA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal
CR 9 B 6 02 BRR LAS AVENIDAS

42. Correo electrónico ferrermabogados@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 3 7 2 4 4 2 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades		
46. Código / 47. Fecha inicio actividad	48. Código / 49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0 / 2 0 1 6 0 6 0 6				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 27 / 16 : 42: 13

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FERRER MEZQUITA YAIZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 31-07-2024 09:42:07AM