FECHA: 12 DE SEPTIEMBRE DE 2024
CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024
CONTRATANTE: MUNICIPIO DE SOTAQUIRA NIT. 891.801.061-1
CONTRATISTA: ASOCIACIÓN RESTAURANDO HUELLAS
NIT. 901063754-3
RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA
C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO
SUPERVISOR: DRA MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL AGROPECUARIO Y TURISTICO
OBJETO: AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA
VALOR DEL CONVENIO: CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($111.996.000,00) M/CTE
CDP INICIAL: 2024000289
RP INICIAL: 2024000371

LISTA DE CHEQUEO	
Acta de parcial 001	
Informe de contratista con soportes	
Informe de supervisión	
Factura electrónica	
Seguridad social	

Firma supervisor

Firma sec. Hacienda

Nota: en el paquete que se entrega a la secretaria de hacienda va anexado Acta de inicio, Rp convenio inicial, RP adicional, y adicional al convenio.

SECRETARIA DE HACIENDA Y FINANZAS PÚBLICAS
SOTAQUIRÁ - BOYACÁ
20 SEP 2024
RECIBIDO
HORA 2:50 RADICADO

SECRETARIA DE HACIENDA Y FINANZAS PÚBLICAS
SOTAQUIRÁ - BOYACÁ
12 SEP 2024
RECIBIDO
HORA 3:30 RADICADO

Seguridad social de la Asociación?

ACTA DE INICIO CONVENIO COMPETITIVO SE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024

CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE SOTAQUIRÁ
CONTRATISTA:	ASOCIACICION RESTAURANDO HUELLAS NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO
SUPERVISOR:	MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ Secretaria De Desarrollo Social Agropecuario Y Turístico
OBJETO:	"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA.
VALOR:	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($111.996.000,00) M/CTE
PLAZO:	CUATRO (04) MESES
FECHA DE INICIO:	04 DE JULIO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	03 DE NOVIEMBRE DE 2024
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	**2024000289**
REGISTRO PRESUPUESTAL:	**2024000371**

En el Municipio de Sotaquirá a los Cuatro (04) días del mes de julio de 2024, se reunieron, MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ en su calidad de **SUPERVISOR**, ASOCIACICION RESTAURANDO HUELLAS NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO en su calidad de **CONTRATISTA** con el objeto de dejar constancia del **INICIO** real y efectivo del **CONVENIO COMPETITIVO SE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024**, cuyo objeto se ha descrito anteriormente en el recuadro, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución.

En consecuencia, se procede a dar inicio al contrato ya referido cuya fecha de inicio y terminación ya se ha descrito en el recuadro anterior y para constancia se firma por quienes en ella intervienen en el Municipio de Sotaquirá a los cuatro días del mes de julio de 2024.

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ Secretaria De Desarrollo Social Agropecuario Y Turístico SUPERVISOR	**ASOCIACICION RESTAURANDO HUELLAS** NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO CONTRATISTA

CONTROL DE CAMBIOS			
N° Versión	**Descripción del cambio**	**Justificación**	**Fecha de aprobación**
01	Documento inicial	Elaboración del formato de acuerdo con las necesidades de la entidad.	2016
02	Actualización formato	Actualización de acuerdo con la normatividad	14/06/2022

REPUBLICA DE COLOMBIA
OPTO DE BOYACA
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA
NIT 891.801.061-T
DIR CRA 7 No. 6-64
TEL 7873021/21.

Formato PptoC01

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO

NUMERO: **2024000371**

EL SUSCRITO SECRETARIO DE HACIENDA Y FINANZAS PÚBLICAS

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 Y 14, DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO ORDINARIO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL EN CURSO, CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

FECHA: 02/07/2024

A FAVOR DE: ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS **NIT:** 901063754

Cuenta	NOMBRE	Tipo Afec	Número	Crédito	Contra Crédito
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y personales / R.B. Estampillas / INCLUSIONSOCIALYRECONCILIACION / Atencionintegraldepoblacionensituacionpermanentededesprotecciónsocialy/ofamiliar / Intersubsectorial Desarrollo Social / Serviciodeatencionyproteccion	DIS	2024000289	111,996,000.00	0.00
			Total Reserva:	111,996,000.00	0.00

OBJETO CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024 - UNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCION, PROTECCION, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA, Y POBLACION VULNERABLE A TRAVEZ DEL DISEÑO, FABRICA Y SUMINISTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORESD SOTAQUIRA BOYACA

Tipo de contratación:

Número del Contrato:

Objeto Contratacion:

Se expide en SOTAQUIRA a los 2 dias del mes de Julio de 2024

Elaborado por: GLADYSNIÑO

GLADYS CEIRA NIÑO OCHOA
Secretario de Hacienda y Finanzas Públicas

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGAL ESTABLECIDO,QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

SuAporte | Factura

Fecha creación reporte: 2024-09-19, 11:53:11 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 73334775

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

Fecha límite de pago: 2024-09-12

PAGADA 19/09/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS				
Documento	NI901063754	**Dirección**	CR 11 #9 - 57		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3112452446		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	TUNJA	**Departamento**	BOYACA		
Representante Legal	GARCIA PACHECO MARIA MIREYA	**Identificación**	CC23315988		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 23315988	GARCIA PACHECO MARIA MIREYA	01	00																0	30	30	30	30	PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.300.000	$ 6.800	COMFABOY	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 494.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.300	$ 2.900	$ 497.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ACTA PARCIAL 001

CONVENIO	CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA
CONTRATISTA	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS NIT: 901063754-3
REPRESENTANTE LEGAL	MARIA MIREYA GARCIA PACHECO
IDENTIFICACIÓN	23.315.988 de Arcabuco
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (04) MESES
VALOR INICIAL:	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS $111.996.000,00) M/CTE
VALOR PRESENTE ACTA	TREINTA Y SIETE MILLONES TREICIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS (37.332.000 M/CTE)
FECHA DE PRESENTE ACTA	12 DE SEPTIEMBRE DE 2024
SUPERVISOR:	MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ - SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL AGROPECUARIO Y TURISTICO
ACTA DE SUSPENSION	N/A
ACTA DE REINICIACION	N/A
CDP CONTRATO	2024000289 DE FECHA 13 DE JUNIO DE 2024
RP CONTRATO	2024000371DEL 2 DE JULIO DE 2024
PERIDO DE PAGO	DEL 04 DE JULIO DE 2024 AL 7 DE SEPTIEMBRE DE 2024
PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL	MES DE JULIO 9470877293 MES DE AGOSTO 9472418209

En Sotaquirá Boyacá, a los doce (12) días del mes de septiembre de 2024, entre los suscritos a saber **SALOMON BUITRAGO FONSECA** , mayor de edad y vecino de este municipio, quien obra en representación legal del **MUNICIPIO DE SOTAQUIRA - BOYACA**, actuando como Alcalde y representante legal, de conformidad con el Acta de Posesión, facultado de conformidad con lo establecido en la Ley 80 de 1993 artículo 2, y el Acuerdo Municipal, quien para todo efecto se llamará en adelante **CONTRATANTE, MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ - SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO** designados como supervisores por parte del Municipio, por una parte y por la otra A**SOCIACION RESTAURANDO HUELLAS** identificada con NIT 90 1063754-3 REPRESENTADA LEGALMENTE POR **MARIA MIREYA GARCIA PACHECO** identificado con cedula de ciudadanía ***N°*** 23.315.988 actuando como representante legal de la, quien para efectos de este contrato se denominará la (el) **CONTRATISTA**, hemos acordado en celebrar el presente **ACTA PARCIAL N° 01 al** contrato de la referencia, según la siguiente relación:

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	**$111.996.000,00**	
Pago anticipado		$55.998.000,00
Valor actas canceladas		$ 000
Valor presente acta parcial N° 1		$ 37.332.000
Saldo		$ 18.666.000
Sumas iguales	**$111.996.000,00**	**$ 111.996.000,00**

El contratista certificó el cumplimiento de los aportes al sistema integral de seguridad social de conformidad con las normas legales vigentes.

RUBROS	NOMBRE	CONTRATADO	PAGOS	PRESENTE ACTA	SALDOS
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y	$111.996.000,00	$55.998.000,00	$ 37.332.000	$ 18.666.000

	personales / R.B. Estampillas/ INCLUSIONSOCIAL Y RECONONCILIACION / Atención integral de población en situación permanente de desprotección social y / o familiar /Intersectorial Desarrollo Social/Servicio de atención y protección.				
TOTALES		$111.996.000,00	$55.998.000,00	$ 37.332.000	$ 18.666.000

LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE	EL CONTRATISTA
MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ Supervisor	**MARIA MIREYA GARCIA PACHECO** **R/L**

INFORME ACTA N°1 ACTIVIDADES TECNICAS	
DATOS BÁSICOS DEL CONVENIO	
CONVENIO	CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS NIT: 901063754-3
REPRESENTANTE LEGAL	MARIA MIREYA GARCIA PACHECO
CC No	23.315.988 de Arcabuco
TELÉFONO DE CONTACTO	3156389840
VALOR CONVENIO	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS $111.996.000,00) M/CTE
DURACION DEL CONVENIO	CUATRO (04) MESES
CDP	2024000289 DE FECHA13 JUNIO DE 2024
FECHA ACTA DE INICIO	04/07/2024
SUPERVISORES	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL, AGROPECUARIO Y TURISTICO
OBJETO DEL CONTRATO	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA
PERIODO REPORTADO	**del 4 de julio de 2024 a 7 de septiembre de 2024**
EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024 Con las siguientes actividades específicas:	
1. **Realizar diagnostico a la población inicialmente focalizada por el Municipio. - Elaboración de prótesis dentales - Toma de Impresiones - Registros Elaboración de prótesis dental parcial removibles elaboradas en resina acrílica termo y auto poilimerizable-monómero y polímero con dientes en resina acrílica en dos capas y retenedor en acrílico o en metal según el caso. Adaptación de prótesis parciales removibles. Suministro prótesis dentales Capacitaciones en salud oral** **Dicha actividad se desarrollo con el siguiente cronograma:**	
- **DEL11 DE JULIO AL 7 DE SEPTIEMBRE DE 2024** **INSCRIPCIONES DE POTENCIALES BENEFICIARIOS**	Inscripción de adultos mayores inicialmente priorizados por la oficina de Secretaria De Desarrollo Social Agropecuario Y Turístico, con el fin de determinar la viabilidad para la elaboración prótesis dentales parciales a la población del Municipio de Sotaquira.

➢ **DEL 11 DE JULIO AL 25 DE AGOSTO DE 2024** **ELABORACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES - TOMA DE IMPRESIONES - REGISTROS ELABORACIÓN DE PRÓTESIS DENTAL**	Recepción de usuarios inscritos y el alistamiento para atención se realizó teniendo en cuenta el protocolo de bioseguridad para la atención odontológica de pacientes ajustado a la resolución 1155 de 2020 de la siguiente forma: • Desinfección de manos con alcohol al 70% • Ingreso al centro de atención • Lavado de manos con Jabón antibacterial (dispensador con sensor) • Secado de manos con toallas de papel. • Se hace entrega de elementos de a cada uno de los pacientes para iniciar su atención. • Valoración y diligenciamiento de historia clínica. • Toma de 100 Impresiones Dentales • Registros • Prueba de enfilados 100 prótesis dentales. • Elaboración de 100 prótesis dentales cosméticas removibles elaboradas en resina acrílica termo y auto polimerizable-monómero y polímero con dientes acrílicos en dos capas y retenedor en acrílico o en metal según el caso. • Prueba de 100 prótesis dentales cosméticas y ajustes.
25 DE AGOSTO DE 2024 7 DE SEPTIEMBRE DE 2024 **ENTREGA DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLES ELABORADAS EN RESINA ACRÍLICA TERMO Y AUTO POILIMERIZABLE-MONÓMERO Y POLÍMERO CON DIENTES EN RESINA ACRÍLICA EN DOS CAPAS Y RETENEDOR EN ACRÍLICO**	• Entrega a satisfacción de 100 prótesis dentales cuyo fin es cosmético para mejorar la apariencia estética de la sonrisa de cada beneficiario. • Jornada de sensibilización y capacitación en salud oral.
BALANCE GENERAL A LA FECHA	Entrega y adaptación de 100 prótesis dentales cosméticas a los adultos mayores beneficiarios del Municipio De Sotaquira. Estas prótesis han sido entregadas a entera satisfacción, las cuales han sido probadas y adaptadas a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño con los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes de cada beneficiario. Al momento de la entrega cada beneficiario ha sido capacitado en el uso adecuado de la prótesis dental.

	Total, prótesis entregadas: 100

OBSERVACIONES

Manejo historias clínicas

MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8) Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica EL MINISTRO DE SALUD En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994.

Asociación Restaurando Huellas

NIT: 901063754-3

LISTA DE BENEFICIARIO MUNICIPIO DE SOTAQUIRA 2024				
ITEM	NOMBRE	CEDULA	SISBEN	PROTESIS DENTALES SUPERIOR Y/O INFERIOR
1	ANA JOAQUINA FLOREZ	40009467	B1	2
2	ARNULFO MORA VILLAMIL	74240464	B3	2
3	JOSEFINA GRANADOS	51768193	B2	2
4	GUILLERMO SANDOVAL	6771439	B7	2
5	VALENTIN PEREZ PEÑA	4264913	B5	1
6	MEDARDO ALBA DIAZ	4036568	B2	2
7	LUIS JOSE HERNANDEZ PORRAS	5756869	B1	2
8	LILIA VARGAS AYALA	24124879	B2	1
9	LUZ LEILA HERNANDEZ RUIZ	24124861	B4	2
10	MARIA IRENE GAONA	41470107	B2	2
11	JULIO HERNAN BENITEZ LARGO	4080740	A5	1
12	MARIA DEL CARMEN SANDOVAL	1056572155	A5	2
13	CENAIDA FUQUEN DE MATEUS	24124633	A5	2
14	EDMUNDO PULIDO AVENDAÑO	6764485	B7	1
15	MARIA ANITA SANCHEZ DE LUIS	24123993	B6	2
16	JESUS ARCADIO LUIS	1160141	B6	2
17	MARIA MERY OJEDA ZORRO	23856196	A3	2
18	JOSE LISANDRO RIAÑO HIGUERA	19378998	B6	2
19	MARIA INES VARGAS	23265494	A3	2
20	LUIS ANTONI MATTA SUSPES	4264501	B1	2
21	ILVA SALAMANCA MONROY	24125089	A5	2
22	MARIELA MAYORGA GARCIA	24124983	C2	2
23	MANUEL JOSE MAYORGA	4264487	B6	2
24	HUMBERTO CIPACON SALAMANCA	19357043	B1	2
25	MARIA INES ACUÑA GRANADOS	24124496	A4	1
26	CARMENZA CIFUENTES MAYORGA	24124642	A5	2
27	MARIA ISLENA DEL CARMEN LARGO	46590005	B4	2
28	VICTOR MANUEL PEREZ CHAPARRO	6761822	B6	1
29	ROSA ELENA SOTO PACHECO	24124915	B2	1
30	MARIA NAYIBE SALANUEVA GUANA	24125624	B5	2
31	MAURICIO RODRIGUEZ VARGAS	6770884	B5	2
32	BLANCA LILIA GALVIS	40013852	B5	2
33	MARIA CUSTODIA AVENDAÑO	24124450	B4	2
34	LUIS GUILLERMO AVILA	4264776	B4	2
35	ROSA TULIA MAYORGA DE RIAÑO	24124691	B3	1
36	ETELVINA VARGAS CARDENAS	23265670	A2	2
37	GLORIA DEL CARMEN CEPEDA PACHON	40014064	B1	2
38	GABRIEL PEREZ PATAROYO	19106956	C17	2
39	ORFA NUBIA IGUAVITO ALFONSO	29125066	B7	2
40	PEDRO ANTONIO QUIJANO GARCIA	4264877	A4	2
41	EVANGELISTA RAMIREZ FONSECA	4264900	B1	2
42	JOSE ARISTIPO ACUÑA GARCIA	4264750	B2	2
43	MARIA ISABEL MAYORGA ORTIZ	24124973	B7	2
44	LEONOR TOCA CALDERON	23263479	B4	2
45	SEGUNDO ELISIO AVENDAÑO	6755020	B7	2

46	LUIS ANTONI RODRIGUEZ TORRES	4264557	C7	2
47	MAAXIMO LEON GARCIA MONROY	6757471	A5	2
48	MARTHA CECILIA ROBELO RODRIGUEZ	23780403	B3	2
49	MARIA ANAIS AYALA CARDENAS	51761894	C13	2
50	SEGUNDO CARDENAS	6758922	A5	1
51	ANGEL MARIA CASTRO RODRIGEZ	4190809	B1	2
52	DOMINGA SANABRIA DIAZ	24124823	A2	2
53	TULIO ALBEERTO AVILA	4264644	A5	2
54	LUIS MARIA SAMACA SAMACA	4080572	A4	2
55	CAMPO EDUARDO VARGAS CARDENAS	19158194	B2	2
TOTAL, PROTESIS ENTREGADAS				100

Anexos:

- ✓ Hojas de inscripción
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Recibo a satisfacción de la prótesis dental
- ✓ Cedula de ciudadanía
- ✓ Entrada y salida de almacén 60 prótesis con su respectiva factura
- ✓ Entrada y salida de almacén 40 prótesis con su respectiva factura













Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com





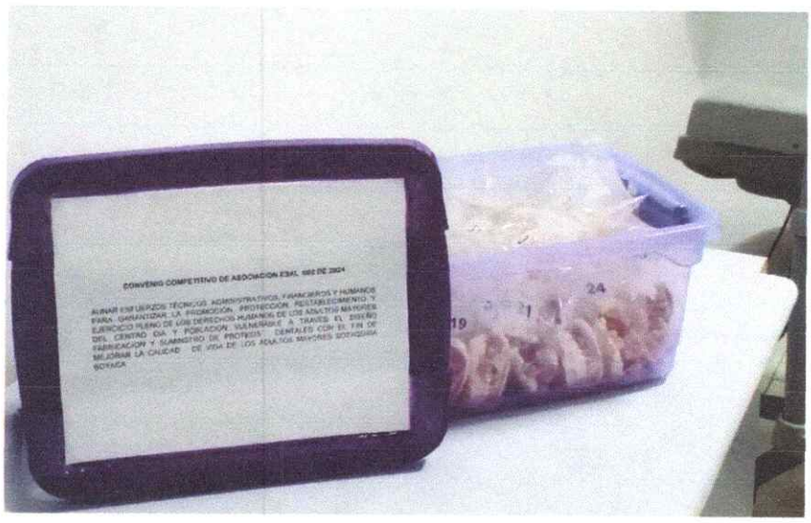


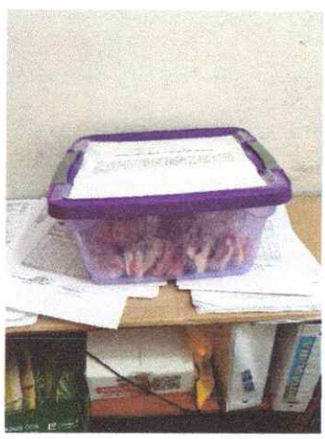


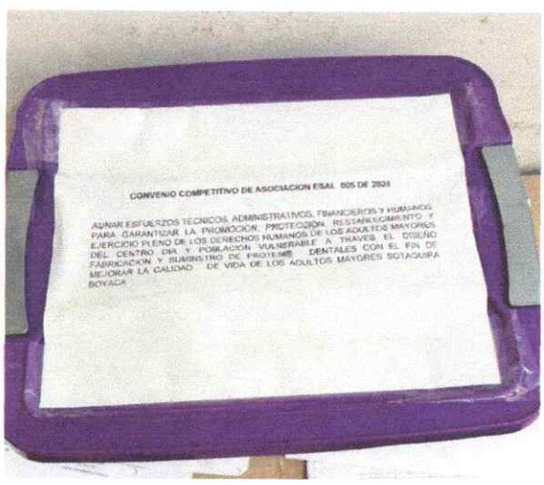




Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com











Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com



Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com

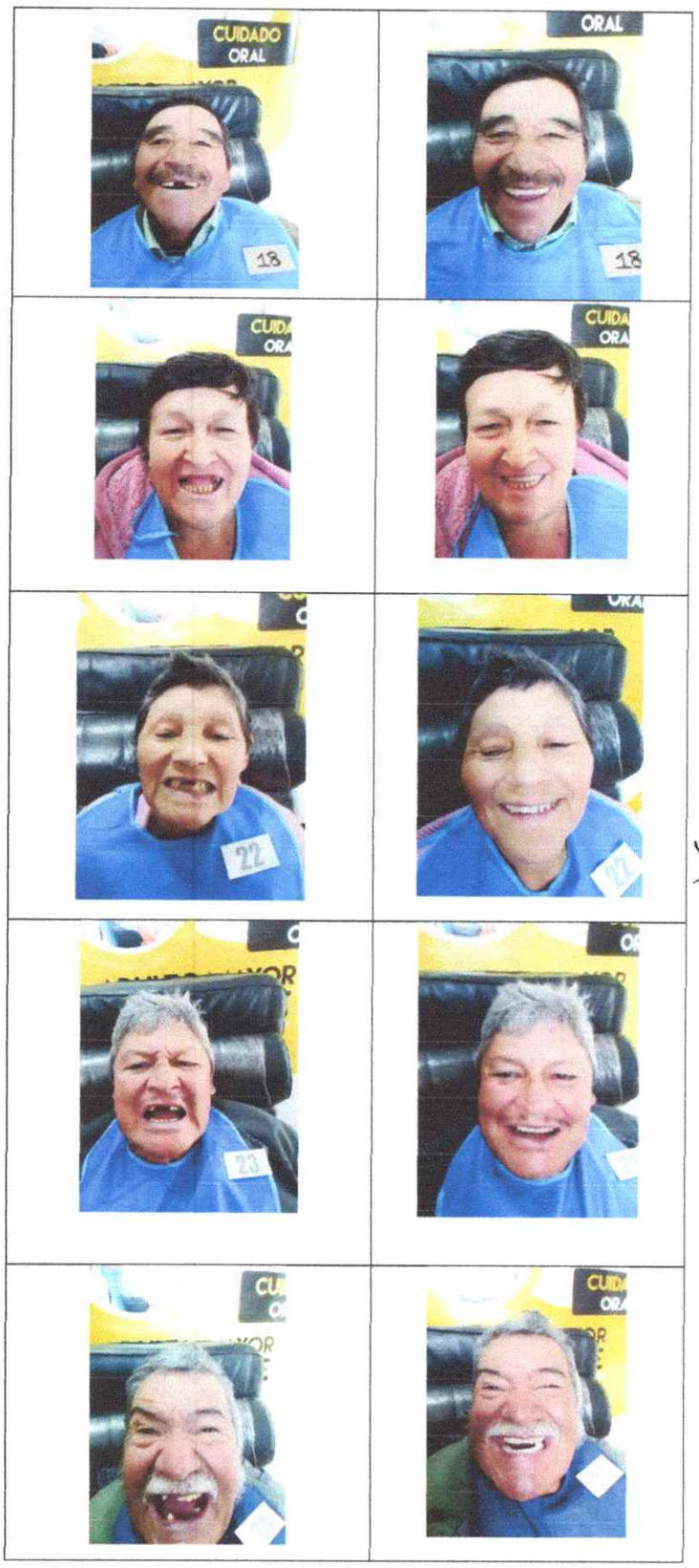


Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com



V3A6

Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com



Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com



Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com

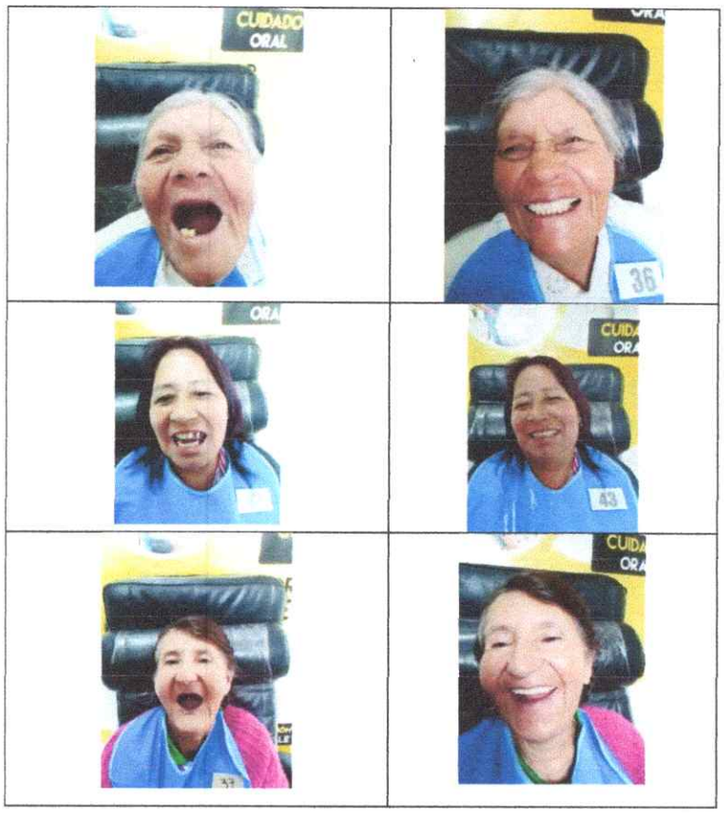


Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com



Vgl6

Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com



V7/16





Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com

REGISTRO DE INSCRITOS

MUNICIPIO DE Sotaquira. Lugar Sotaquira. Fecha 11-07-2024.

Restaurando Huellas

No	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
1	Ana Joaquina Florez de Bernal	40.009.467		x	x
	Martha Cecilia Rabelo Rodriguez	23.780.403	Martha Cecilia Rabel. Rodriguez	R	R.
2	Arnulfo Mora villamil	74.240.464		x	x
3	Josefina Granados Rico	51.768.193		x	x
4	Guillermo Sandoval Talero	6.771.439		x	x
	Angel Maria Castro Rodriguez	4.190.809		R.	R.
	Luis Antonio Rodriguez Torres	4.264.557		R.	R.
	Isidro Pire	6.741.974		R.	R.
	Julio Cesar niachan Rios	426507		R	R.
5	Valentin Perez Peña	4.264.913		x	—
	Maria Teofilde Lopez de Sisa	24.124.811		R.	R.
	Maria Anais Ayala Cardenas	51.761.894		R	R
	Maria Isabel Mayorga Ortiz	24.124.973		R	R
6	Medardo Alba Diaz	4.036.568		x	x

R. = Restos Radiculares
X = Protesis Dentales.
X = 11

REGISTRO DE INSCRITOS

Restaurando Venciendo Huellas Paradigmas

MUNICIPIO DE Sotaquira. Lugar Sotaquira. Fecha 11-07-2024. 12-07-2024.

No	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
7	Luis Jose Hernandez Porras	5.756.869	Luis Jose Hernandez P.	X	X
8	Lilia Vargas Ayala	24.124.879	Lilia Vargas Ayala	X	
9	Luz Leila Hernandez Ruiz	24.124.861.		X	X
10	Maria irene Gaona Rodriguez	41.470.107	Irene Gaona R	X	X
11	Julio Heman Benitez Largo	4.080.740	Julio H Benitez L	X	
12	Maria del carmen sandoval	1.056.572.155		X	X
13	Gerarda del Rosario Fuquen de Mateus	24.124.633		X	X
14	Edmundo Pulido Avendaño	6.764.485		X	
15	Maria Anita del carmen	24.123.993		X	X
16	Arcadio de Jesus Luis S.	1.161.320		X	X
17	Maria Mery Ojeda Zorro	23.856.196		X	X
18	Jose Lisandro Riaño Higuera	19.378.998		X	X
19	Maria Irenes Vargas Cardenas	23.265.494		X	X
20	Luis Antonio Matta Suspes	4.264.501		X	X

X = Protesis
x = 2.5.

REGISTRO DE INSCRITOS

Venciendo Restaurando Huellas Paralímpicos

MUNICIPIO DE Sotaquira. Lugar Sotaquira. Fecha 12-07-2024. 25-07-2024.

No	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
32	Blanca Lilia Galvis	40.013.852	x Blanca Lilia Galvis	X	X
	Gloria Amparo Camargo C 3115040820	24.124.484	Gloria Amparo Camargo	R.	R.
33	maria Custodia Avendaño	24.124.450	Maria Custodia A	X	X
34	Luis Guillermo Avila	4.264.776	Luis Guillermo Avila Vega	X	X
	maximo Leon Garcia Monroy	6.757.471.	Maximo Leon Garcia	R	R
35	Rosa Tulia Mayorga de Riaño	24.124.691	Rosa Julia Mayorga	X	—
36	Etelvina vargas Cardenas.	23.265.670	M Etelvina Vargas C	X	X
37	Gloria del carmen Cepeda Pachon	40.014.064	Gloria Cepeda	X	X
38	Gabriel Perez Patarroyo	19.106.956	Gabriel Perez P.	X	X
39	orfa nubia Ibaquito Alfonso	24.125.066	Orfa Nubia Ibaquito Alfonso	X	X
40	Pedro Antonio Quipano Garcia	4.264.877	Pedro Antonio Quipano Garcia	X	X
41	Evangelista Ramirez Fonseca	4.264.900	Evangelista Ramirez	X	X
42	Jose Aristipo Acuña Garcia	4.264.750	[illegible]	X	X
43	Maria Isabel Mayorga Ortiz	24.124.973	Maria Mayorga	X	X

R= Restos Radiculares
x- Protesis Dentales
x: 23

73 Años
B1.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.009.467
FLOREZ De BERNAL
APELLIDOS
ANA JOAQUINA
NOMBRES

NO FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1950
CUCAITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
05-OCT-1976 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/2024 **No** 3

Yo Josefina Granados Rico **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.768.193 **de** Bogota Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Josefina Granados Rico
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Josefina Granados Rico identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.768.193 de Bogota y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Josefina Granados Rico
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

61 Años
B2.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.768.193
GRANADOS RICO
APELLIDOS
JOSEFINA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1963
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
13-JUL-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira fecha 11/07/2024 No 4

Yo Guillermo Sandoval Talero **Identificado con Cedula de Ciudadanía** Nº 6.771.434 de Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.
Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X
a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:
1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.
Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.
Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.
Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Guillermo Sandoval
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Guillermo Sandoval T Identificado con la Cedula de Ciudadanía Nº 6.771.434 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

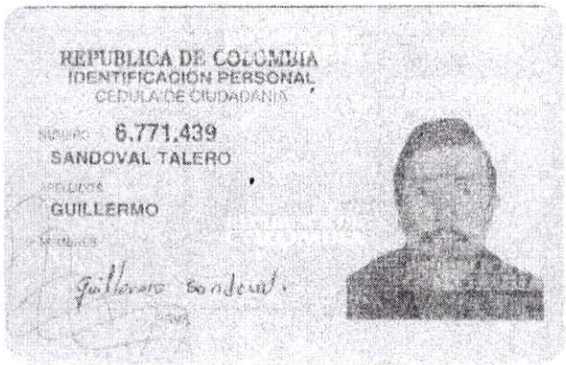
Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Guillermo Sandoval
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

60
AÑOS

B7


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 6.771.439
SANDOVAL TALERO
APELLIDOS
GUILLERMO
NOMBRES
Guillermo Sandoval


FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-1964
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-MAR-1983 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/2024 **No** 5

Yo Valentin Perez Peña **Identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 4.264.913 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 26 días del mes 07 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Valentin Perez peña Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.913 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD		
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior
KIT HIGIENE ORAL			
ESTUCHE PARA PROTESIS			

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.

Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO

C.C 4264913

FIRMA ODONTOLOGO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/21 **No** 6

Yo Medardo Alba Diaz **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.036.568 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 21 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Medardo Alba Diaz identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.036.568 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REGISTRO DE INSCRITOS

Restaurando Sonrisas Venciendo Paradigmas

MUNICIPIO DE Sotaqura Lugar Sotaqura. Fecha 12-07-2024

No	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
[illegible]	manuel Antonio Aguilar	4.265.569	x Manuel Antonio Aguilar	R	R
21	Ilava salamanca monroy	24.125.089	x Ilva Salamanca M	x	x
22	Mariela Mayorga Garcia	24.124.983	x Mariela Mayorga G	x	x
23	manuel Jose Mayorga	4.264.787	x [signature]	x	x
24	Humberto cipacon salamanca	19.357.043	[signature]	x	x
25	Maria ines Acuña Granados	24.124.496	x Maria Ines acuña G Ramos	x	
26	Carmenza Cifuentes Mayorga	24.124.642.	x Carmenza Cifuentes Mayorga	x	x
27	Maria isleno del carmen Largo	46.590.005	x Tslena Largo M.	x	x
28	Victor manuel Perez Chaparro	6.761.822	[signature]	x	—
29	Rosa elena Soto Pacheco	24.124.915	x Rosa Elena Soto	x	—
	Emma sanchez mendez	40.013.782	x Emma Sanchez Mendez	R	R
30	maria nayibe Salanueva G.	24125624	x Nayibe Salanueva	x	x
[illegible]	Maria Gladys Figueredo canaria	23.855.959	x Maria gladys Figueredo canaria	R	R
31	mauricio Rodriguez Vargas	6770.884	x [signature]	x	x

R: Restos Radiculares
x: Protesis Dentales
x = 18.

REGISTRO DE INSCRITOS

Restaurando Huella

MUNICIPIO DE Sutatausa. Lugar Sutatausa Fecha 25-07-2024
15-08-2024

4.

No	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERI
44	Leonor Toca de Calderon	23.263.479.	Leonor Toca	X	X
45	Segundo Elisio Avendaño	6.755.020	Segundo Elisio Avendaño	X	X
46.	Luis Antonio Rodriguez Torres.	4.264.554.	Luis Antonio Rodriguez T	X	X
47	Maximo Leon Garcia Monroy	6.757.471	Maximo Leon Garcia	X	X
48	Martha Cecilia Rabelo Rodriguez.	23.780.403	Martha Cecilia Rabelo	X	X
49	Maria Arbais Ayala Cardenas	51.761.894		X	X
50	Segundo Cardenas.		Segundo Cardenas Roj	—	X
51	Angel Maria Castro Rodriguez	4.190.809	Angel Maria Castro	X	X
52	Dominga Sarabria Diaz	24.124.823	Dominga Sarabria D	X	X
53	Tulio Alberto Avila.	4'264.644.	Tulio Alberto Avila	X	X
54	Luis Maria Samaca Samaca.	4'080.572.		X	X
55	Campo Eduardo Vargas Cardenas	19.158.194.		X	X

X= Protesis Dentales

X= 23.

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira fecha 11/09/24 No 1

Yo Ana Joaquina Florez de Berral **Identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 40.009.967 de Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en los zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Ana Joaquina Florez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 40.009.469 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/24 **No** 2

Yo Arnulfo Mora Villamil **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 74.240.464 **de** Moniquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Arnulfo Mora Villamil identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 74.240.464 de Moniquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C 74 240 464
Moniquira (Boy)

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.240.464
MORA VILLAMIL

APELLIDOS
ARNULFO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1963
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

23-NOV-1981 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00018583-M 0074240464 20080626 0000936706A 1 1280015246

· 62 años
BS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **4.264.913**

PEREZ PEÑA

APELLIDOS

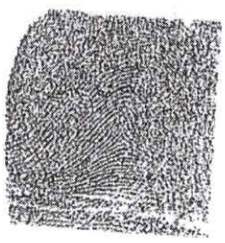
VALENTIN

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-1962**

SOTAQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O- G.S. RH

M SEXO

14-DIC-1981 SOTAQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0728300-01237409-M-0004264913-20210608 **0074**565345G 1 30125807

6.

87 años

B2.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.036.568
ALBA DIAZ

APELLIDOS
MEDARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1937
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

16-NOV-1958 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00014321-M-0004036568-20080818 0000509790A 1 1490004253

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/24 **No** 7

Yo Luis Jose Hernandez Porras **Identificado con Cedula de Ciudadanía Nº** 5.756.869 **de** Vicente de Chucuri Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Luis Jose Hernandez P.
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Luis Jose Hernandez identificado con la Cedula de Ciudadanía Nº 5.756.869 de Chucuri Vicente y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Luis Jose Hernandez P.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO

66 años
B1.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
5.756.869
HERNANDEZ PORRAS
LUIS JOSE


FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1957
SAN VICENTE DE CHUCURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-AGO-1976 SAN VICENTE DE CHUCURI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-0749000-00217469-M-0005756869-20100223
0021207060A 1
29978774

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira fecha 11/09/2024 No 8

Yo Lilia Vargas Ayala **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 24.124.879 de Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Lilia Vargas Ayala
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 09 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Lilia Vargas Ayala identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.879 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD		
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior
KIT HIGIENE ORAL			
ESTUCHE PARA PROTESIS			

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Lilia Vargas Ayala 24124879
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.124.879
VARGAS AYALA
APELLIDOS
LILIA
NOMBRES
Lilia Vargas Ayala
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1964
COMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-JUL-1983 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-8883500-00129747-F-0024124879-20081119 0006363179A 1 30322563

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/09/2024 **No** 9

Yo Luz Leida Hernandez Ruiz **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 24.124.861 de Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 09 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Luz Leida Hernandez R identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.861 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C 24124861

FIRMA ODONTOLOGO

61 años
B4


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
24.124.861
HERNANDEZ RUIZ
LUZ LEILA


FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1963
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-OCT-1982 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/2024 **No** 10

Yo Maria Irene Gaona Rodriguez **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 41.470.107 **de** Bogota Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

M. Irene Gaona R
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Maria Irene Gaona R. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 41.470.107 de Bogota y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Interior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

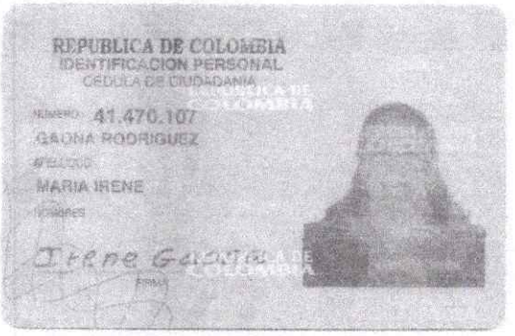
Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

M. Irene Gaona R
FIRMA BENEFICIARIO
C.C 41.470.107

FIRMA ODONTOLOGO

74 años
B2.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 41.470.107
GAONA RODRIGUEZ
APELLIDOS
MARIA IRENE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1950
RAMIRIQUI
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
31-MAY-1971 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 1/07/2024 **No** 11

Yo Julio Hernan Benitez Largo **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.080.740 **de** Combita Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan *al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Julio Hernán Benítez L
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(las) maxilar superior* X *inferior* ____ del señor (a) Julio Hernan Benitez L identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.080.740 de Combita y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior* X	*Inferior*
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Julio Hernan Benitez L
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

63 años
AS.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
4.080.740
BENITEZ LARGO
JULIO HERNAN


04-AGO-1962
COMBITA
(BOYACA)
1.59
O+
M
14-DIC-1981 COMBITA

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/2024 **No** 12

Yo María del Carmen Sandoval **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 1.056.572.155 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial(s) con el propósito de rehabilitar el (las) maxilar superior X inferior X del señor (a) María del Carmen Sandoval identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 1.056.572.155 de Sotaquira y en representación de si mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

59 años
AS.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.056.572.155
SANDOVAL

APELLIDOS
MARIA DEL CARMEN

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1965
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-SEP-2004 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-0728300-01353470-F-1056572155-20230503 0107049024C 1 52211929

63 AÑOS
AS.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.080.740
BENITEZ LARGO
APELLIDOS
JULIO HERNAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1962
COLOMBIA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
14-DIC-1981 COLOMBIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/2024 **No** 12

Yo María del Carmen Sandoval **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 1.056.572.155 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales *removibles(aparatos portadores de dientes artificiales)*, Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz Identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, *al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta*.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial(s) con el propósito de rehabilitar el *(las) maxilar superior* X *inferior* X del señor (a) María del Carmen Sandoval identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 1.056.572.155 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior* X	*Inferior* X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

59 años
AS.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.056.572.155
SANDOVAL
APELLIDOS
MARIA DEL CARMEN
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1965
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-SEP-2004 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROJAS
A-0728300-01353470-F-1056572155-20230503
0107049024G 1
52211929

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/24 **No** 13

Yo Cenaida del Rosario Fuquen de Mateus **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.633 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (las) maxilar superior X inferior X del señor (a) Cenaida del Rosario Fuquen identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.633 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

75 años

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
24.124.633

APELLIDOS / NOMBRES
FUQUEN DE MATEUS
CENAIDA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
18-MAY-1950
SOTAQUIRA - BOYACA

FECHA DE EXPEDICIÓN
27-ENE-1977

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
SOTAQUIRA - SOTAQUIRA

OFICINA DE ENTREGA
SOTAQUIRA - SOTAQUIRA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 22-NOV-2024

8511813388
22-MAY-2024

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 14

Yo Edmundo Pulido Avendaño **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6764485 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial(s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Edmundo Pulido Avendaño identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.764485 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

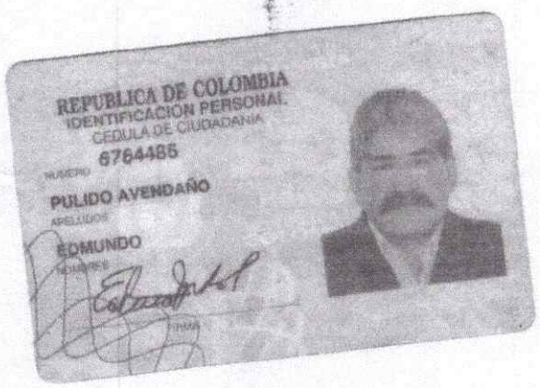
Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

65 años
B7


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 6764485
PULIDO AVENDAÑO
APELLIDOS
EDMUNDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1959
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
04-MAY-1979 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/24 **No** 15

Yo Maria Anita del carmen **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.123.993 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (*aparatos portadores de dientes artificiales*). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de *mordida, toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan *al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta*.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

María Anita del carmen Sanchez de luis
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Maria Anita del Carmen *identificado con la Cedula de* Ciudadanía N° 24.123.993 de Sotaquira. y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

89 años
B6.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.123.993
SANCHEZ De LUIS

APELLIDOS
MARIA ANITA DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA

1891


FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1935
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.43 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-OCT-1960 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/2024

Yo Arcadio de Jesus Luis Sanchez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 1161320 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de *prótesis dentales removibles* (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X
a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente.
Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental: Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de la normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.
Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.
Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.
Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Jesus Luis S
Firma Paciente o Representante Legal

Firma
Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Arcadio de Jesus Luis Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 1161320 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.
Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido
Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Jesus Luis Sanchez

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

16.
89 años


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.161.320
LUIS SANCHEZ
APELLIDOS
ARCADIO DE JESUS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1935
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
AB-
G.S. RH
M
SEXO
INDICE DERECHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11/07/24 **No** 17

Yo Maria Mery Ojeda Toro **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.856.196 **de** Paipa Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de entilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Maria Mery Ojeda
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Maria Mery Ojeda Toro identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.856.196 de Paipa y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para protesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Maria Mery Ojeda
FIRMA BENEFICIARIO
C.C 23.856.196.

FIRMA ODONTOLOGO

57 años.
Namdv.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.856.196
OJEDA ZORRO

APELLIDOS
MARIA MERY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1967

TUTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-1985 PAIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0718100-00169054-F-0023856196-20090813 0014894484A 2 7300102221

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 18

Yo Jose Lisandro Riaño H **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 19.378.998 **de** Bogotá Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/las maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de entilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (las) maxilar superior X inferior X dirigido (a) Jose Lisandro Riaño identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 19.378.998 de Bogota y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

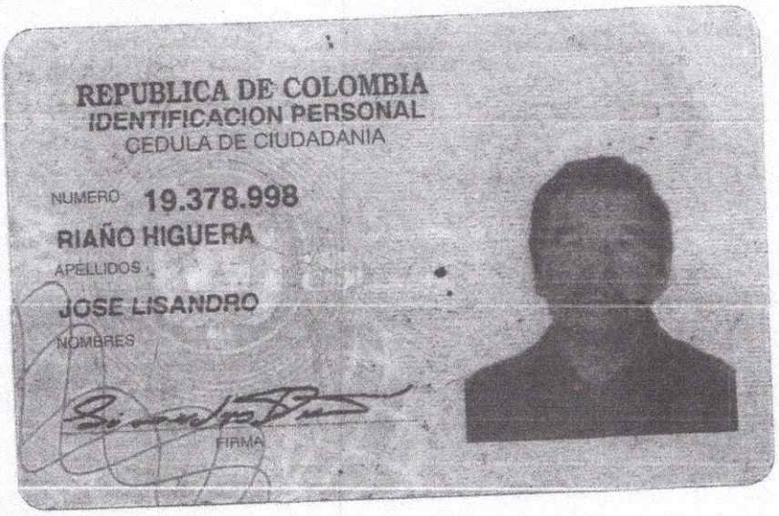
Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.378.998

RIAÑO HIGUERA

APELLIDOS

JOSE LISANDRO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1958

SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00198892-M-0019378998-20091121 0018179820A 1 1200112581

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/09/24 **No** 19

Yo María Ines Vargas Cardenas **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 23.265.995 de Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

María Inés Vargas
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) María Ines Vargas Cardenas identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.265.995 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

María Vargas

FIRMA BENEFICIARIO

C.C 23265995

FIRMA ODONTOLOGO

81 años.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 23.265.494
VARGAS CARDENAS
APELLIDOS
MARIA INES
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1941
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
06-JUN-1968 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-07180103-43159738-F-0023265494-20070706 0294807187902 210643485

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/09/24 **No** 20

Yo Luis Antonio Matta Suspes **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 4.264.501 de Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Luis Antonio Matta Suspes identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.501 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 4.264.501
MATTA SUSPES
APELLIDOS
LUIS ANTONIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1943
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
21-ENE-1969 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 21

Yo Ilva salamanca Monroy **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.125.089 **de** sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan *al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Ilva Salamanca M
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Ilva Salamanca Monroy identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.125.089 de sotaquira y en representación de si mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Ilva Salamanca M
FIRMA BENEFICIARIO
C.C 24125.089

FIRMA ODONTOLOGO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
24.125.089



APELLIDOS / NOMBRES
SALAMANCA MONROY
ILVA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
25-OCT-1966
SOTAQUIRA - BOYACA

FECHA DE EXPEDICION
24-JUN-1987

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
SOTAQUIRA - SOTAQUIRA

OFICINA DE ENTREGA
SOTAQUIRA - SOTAQUIRA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL *05-ENE-2025*

8512186761
05-JUL-2024

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/09/24 **No** 22

Yo Mariela Mayorga García **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 24.124.983 de Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encia. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Mariela Mayorga G
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Mariela Mayorga García identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.983 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Mariela Mayorga
FIRMA BENEFICIARIO
C.C 24124983 2

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
24.124.983
MAYORGA GARCIA
MARIELA


FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1962
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-ABR-1985 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 23

Yo Manuel Jose Mayorga **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.264.787 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Manuel José Mayorga identificado con la Cedula de Ciudadania N° 4. 264. 787 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior 1	Inferior 1
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO

C.C 4264787

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.264.787
MAYORGA GARCIA
APELLIDOS
MANUEL JOSE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1960
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
04-OCT-1978 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-0728300-00271413-M-0004264787-20101216
0025200803A 1
30144370

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 24

Yo Humberto Cipacon Salamanca **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 19.357.043 **de** Bogota Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Humberto Cipacon S identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 19.357.043 de Bogota y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.357.043
CIPACON SALAMANCA
APELLIDOS
HUMBERTO
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1955
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
09-AGO-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-0728300-33117571-M-0019357043-20040218
00727 04049O 02 128886355

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 25

Yo María Ines Acuña Granados **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.496 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (*aparatos portadores de dientes artificiales*), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos *inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene* y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encia. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

María Ines O

Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla R.

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* ____ *del señor (a)* María Ines Acuña G. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.496 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD		
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior*	X	*Inferior*
KIT HIGIENE ORAL			
ESTUCHE PARA PRTESIS			

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

x María Ines O

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

Patricia Mancilla R.

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
24.124.496
ACUNA GRANADOS
MARIA INES


FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1942
TUTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-AGO-1974 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 26

Yo Carmenza Cifuentes Mayorga **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.642 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Carmenza Cifuentes M. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.642. de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.124.642
CIFUENTES MAYORGA
APELLIDOS
CARMENZA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1957
TUTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
03-MAR-1975 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 2/07/24 **No** 27

Yo Maria Islena del Carmen Largo **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 46.590.005 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (*aparatos portadores de dientes artificiales*), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Islena Largo M.
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Maria Islena del Carmen identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 46.590.005 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Islena Largo M.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
46.330.005
LARGO MAGNUCA
MARIA ISLENA DEL CARMEN
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1962
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-SEP-1984 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 28

Yo Victor Manuel Perez Chaparro **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.761.822 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Victor Manuel Perez Chap identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.761.822 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD		
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior
KIT HIGIENE ORAL			
ESTUCHE PARA PRTESIS			

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

B6
Satu

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6761822

PEREZ CHAPARRO
APELLIDOS

VICTOR MANUEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1948
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

15-SEP-1977 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0728300-33097321-M-0005761822-20020820 02222 02228A 01 107715355

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 29

Yo Rosa Elena Soto Pacheco **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.915 **de** Sotaquira. Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Rosa Elena Soto

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Rosa Elena Soto P. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.915 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Rosa Elena Soto

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

32.
Sotaquira





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 30

Yo María nayibe Salamanca C. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24125624 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

María Nayibe Salamanca
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los___ días del mes ___ del año ____ se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) María nayibe Salamanca identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.125.624 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

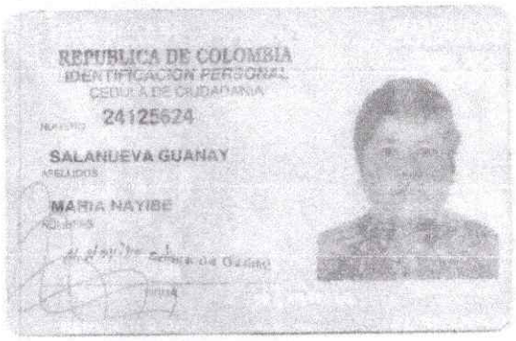
Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

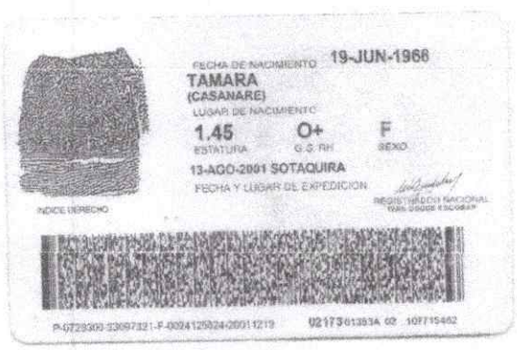
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

B5.

sobre foto


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24125624
APELLIDOS SALANUEVA GUANAY
NOMBRES MARIA NAYIBE
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1966
TAMARA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-AGO-2001 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0729300-3097321-F-0024125624-20011219 02173 01353A 02 107715462

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 31

Yo Mauricio Rodriguez Vargas **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.770.884 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encia. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Mauricio Rodriguez Vargas identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.770.884 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

B5
Sotaquira

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.770.884
RODRIGUEZ VARGAS

APELLIDOS
MAURICIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1961
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

08-NOV-1982 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8883505-00129747-M-0006770884-20081119 0006381588A 1 30333796

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira fecha 12/07/2024 No 32

Yo Blanca Lilia Carlis **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 40.013.852 de Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles *(aparatos portadores de dientes artificiales)*, Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.
Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X
a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:
1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y *tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que *deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.
Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.
Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta*.
Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Blanca Lilia Salvis
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Blanca Lilia Carlis identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 40.013.852 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Blanca Lilia Salvis
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

BS.

Salazi

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.013.852

GALVIS

APELLIDOS

BLANCA LILIA

NOMBRES

Blanca Lilia Galvis

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1960

SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.44 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-AGO-1978 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8883505-00146830-F-0040013852-20090116 0009476200H 1 30333794

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira fecha 12/09/24 No 33

Yo Maria Custodia Avendaño identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 24.129.450 de Sotaquirá Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

María Custodia A

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Maria Custodia Avendaño identificado con la Cedula de Ciudadania Nº 24.129.450 de Sotaquira y en representación de si mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior 1	Inferior 1
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

María Custodia Avendaño

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

54

SD041


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.124.450
AVENDAÑO De MAYORGA
APELLIDOS
MARIA CUSTODIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1944
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
13-AGO-1969 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0803505-00146890 F-002412445B-20090116 0009475508H 1 30323891

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira fecha 25/07/24 No 34

Yo Luis Guillermo Avila **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 4.264.776 de Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

x Luis Guillermo Avila Vega

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior Y inferior X del señor (a) Luis Guillermo Avila identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.776 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PRTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

x Luis Guillermo Avila Vega

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

54

Sdglow

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.264.776

AVILA VEGA
APELLIDOS

LUIS GUILLERMO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1957
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

22-DIC-1977 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0728300-43158792-M-0004264776-20070804 04889 07152B 02 210857986

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 12/07/24 **No** 35

Yo Rosa Tulia Mayorga de Riaño **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.691 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

xRosa Julia Mayorga
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PRTESIS

A los 25 días del mes 07 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Rosa Tulia Mayorga identificado con la Cedula de Ciudadania N° 24.124.691 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD		
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior
KIT HIGIENE ORAL			
ESTUCHE PARA PRTESIS			

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Rosa Julia Mayorga
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.124.691
MAYORGA DE RIAÑO
APELLIDOS
ROSA TULIA
NOMBRES
Rosa Tulia Mayorga
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1955
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
18-AGO-1977 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-0728500-43159792-F-0024124691-20070804 94853071528 02 210857824

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 36

Yo María Elelvira Vargas Cardenas **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.265.670 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (*aparatos portadores de dientes* artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, *por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene* y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

M Elelvira Vargas C
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 09 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* María Elelvira Vargas C *identificado con la Cedula de* Ciudadanía N° 23.265.670 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

M Elelvira Vargas C
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.265.670**

VARGAS CARDENAS

APELLIDOS

MARIA ETELVINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1938**

SOTAQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

06-AGO-1956 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0728300-00222782-F-0023265670-20100310 0021546816A 1 30144617

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/2024 **No** 37

Yo Gloria del Carmen Cepeda (Pachon) Pacheco **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 40.014.064 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Gloria Cepeda
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Gloria del Carmen Cepeda identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 40.014.064 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Gloria Cepeda Pacheco
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.014.064
CEPEDA PACHECO
APELLIDOS
GLORIA DEL CARMEN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1956
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-OCT-1976 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0718100-00158850-F-0040014064-20090609
0012296763A 1
4980001433

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugár Sotaquira fecha 25/07/24 No 38

Yo Gabriel Perez Potarroyo **Identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 19.106.956 de Bogota Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/las maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Gabriel Perez Potarroyo *identificado con la Cedula de* Ciudadanía N° 19.106.956 de Bogota y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C 19106956

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19.106.956
PEREZ PATARROYO
GABRIEL


02-JUL-1950
PAIPA
(BOYACA)
1.60
O+
M
29-JUL-1971 BOGOTA D.C.

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 39

Yo Orfa nubia Iguavita Alfonso **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.125.066 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles *(aparatos portadores de dientes* artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clinica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de *mordida, toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, *por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene* y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Orfa Nubia Iguavita A.
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Orfa nubia iguavita A identificado con la Cedula de Ciudadania N° 24.125.066 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.125.066
IGUAVITA ALFONSO

APELLIDOS
ORFA NUBIA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1962
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-MAR-1987 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-0728500-01139923-F-0024129068-20200603 0070793979A 1 28567121

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 40

Yo Pedro Antonio Quipno Garcia **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.264.877 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Pedro Antonio Quipno
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Pedro Antonio Quipno identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.877 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Pedro Antonio Quipno García
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.264.877
QUIJANO GARCIA
APELLIDOS
PEDRO ANTONIO
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1959
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

18-FEB-1981 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0728300-00577689-M-0004264877-20140527 0038841853A 1 39779080

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 41

Yo Evangelista Ramirez Fonseca **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.264.900 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de *mordida, toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan *al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X del señor (a) Evangelista Ramirez F identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.900 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior*	X	*Inferior*	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.264.900
RAMIREZ FONSECA
APELLIDOS
EVANGELISTA
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1959
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO
14-OCT-1981 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0718100-00155778-M-0004264900-20090507 0011304405A 1 4980013644

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 42

Yo José Aristipo Acuña García **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.264.750 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encia. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satistecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) José Aristipo Acuña identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.750 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.264.750
ACUÑA GARCIA
APELLIDOS
JOSE ARISTIPO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1959
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

19-AGO-1977 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0728300-00217489-M-0004264750-20100223 0021208292A 1 29978606

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 43

Yo Maria Isabel Mayorga ortiz **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.129.973 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Maria Mayorga
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla R.
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Maria Isabel Mayorga identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.129.973 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior*	X	*Inferior*	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Maria Mayorga ortiz
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia R.
FIRMA ODONTOLOGO

Godoy

3222316777





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 44

Yo Leonor Toca de Calderon **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.263.479 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles *(aparatos portadores de dientes artificiales)*, Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, *por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Leonor Toca
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Leonor Toca de Calderon identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.263.479 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Leonor Toca
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 23.263.479
TOCA De CALDERON
APELLIDOS
LEONOR
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1945
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
06-OCT-1966 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-8883805-00151053-F-0023263479-20090226
0010065145A 1
3C322886

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 25/07/24 **No** 45

Yo Segundo Eliso Averdaño **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.755.020 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles *(aparatos portadores de dientes artificiales)*, Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *tomo de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, *al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene* y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta*.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Segundo Eliso Averdaño
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Segundo Eliso Averdaño identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.755.020 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas caracteristicas se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Patricia Mancilla

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.755.020
AVENDAÑO

APELLIDOS

SEGUNDO ELISIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1943
TUTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

21-ENE-1974 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0718100-00267508-M-0006755020 20100105 0019829078A 1 7280544493

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 15-08-2024 **No** 46.

Yo Luis Antonio Rodriguez Torres. **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 4.264.557. **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior 1 Inferior 1.

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Luis Antonio Rodriguez
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla Ruiz
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Luis Antonio Rodriguez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.557 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior 1	Inferior 1.
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Luis Antonio Rodriguez
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

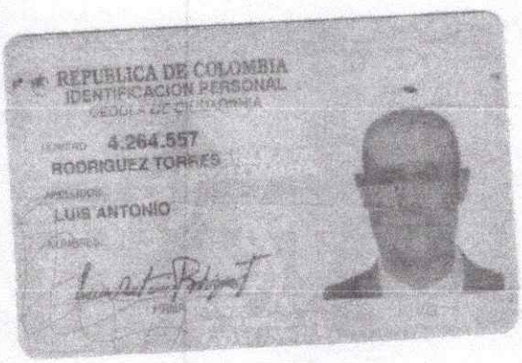
Patricia Mancilla Ruiz
FIRMA ODONTOLOGO

Exclusão ✓

3233225082

46.





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 15/08/24 **No** 47

Yo Maximo Leon Garcia Morroy **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.757.471 **de** Tunja Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Maximo Leon Garcia
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 09 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Maximo Leon Garcia identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.757.471 de Tunja y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Maximo Leon Garcia
FIRMA BENEFICIARIO
C.C 6757471

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO

Exodoncias

3193767196

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.757.471
GARCIA MONROY

APELLIDOS
MAXIMO LEON

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1954
COMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

17-ENE-1975 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0700100-00132783-M-0006757471-20081202 0007346854A 1 9770008773

nuevos

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 15/08/24 **No** 48

Yo Martha Cecilia Rabelo Rodriguez **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.780.403 **de** Moniquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles *(aparatos portadores de dientes artificiales)*, Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, *por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Martha Cecilia Rabelo
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X *del señor (a)* Martha Cecilia Rabelo identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.780.403 de Moniquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior* X	*Inferior* X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Martha Cecilia Rabelo
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

54 años
B3
Raices





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA

Lugar Sotaquira **fecha** 15/08/24 **No** 49

Yo María Anais Ayala Cardenas. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.761.894 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) María Anais Ayala identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.761.894 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes re emplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.

Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.

Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.761.894
AYALA CARDENAS
APELLIDOS
MARIA ANAIS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1961
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-JUL-1983 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0702500-00246086-F-0051761894-20130724 0023028907A 2 30090676

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira. **fecha** 15/08/24 **No** 50

Yo Segundo Cardenas Rodriguez **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.758.922 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles *(aparatos portadores de dientes artificiales)*. Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, *por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene* y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a *consulta*.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Segundo Cardenas Rdz
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X del señor (a) Segundo Cardenas Rodriguez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.758.922 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior* X	*Inferior* X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

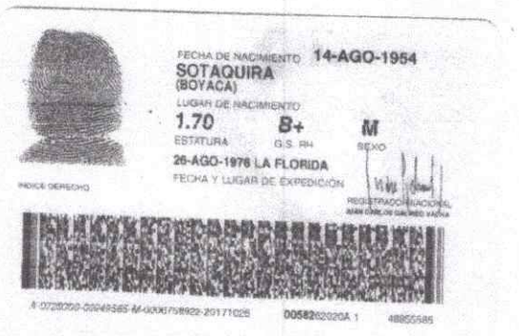
Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Segundo Cas Rdz
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 6.758.922
CARDENAS RODRIGUEZ
APELLIDOS
SEGUNDO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1954
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
26-AGO-1976 LA FLORIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-0728200-00049585-M-0006758922-20171026 0058202020A 1 48855585

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 15/08/24 **No** 51.

Yo Angel Maria Castro Rodriguez **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 4.190.809 **de** Paipa Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (*aparatos portadores de dientes* artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de *registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan *al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Angel M Castro

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* X *inferior* X del señor (a) Angel Maria Castro R. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.190.809 de Paipa y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior* X	*Inferior* X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los *dientes reemplazados de acuerdo con los* dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Angel M Castro

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Folucio.

81

67 ns

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.190.809
CASTRO RODRIGUEZ

APELLIDOS
ANGEL MARIA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1957
PAIPA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

07-DIC-1976 PAIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0718100-00169054-M-0004190909-20090613 0014832299A 2 7300102406

3209334588

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 15/08/24 **No** 52

Yo Dominga Sanabria Diaz **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 24.124.823 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales *removibles (aparatos portadores de dientes* artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, *al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados.* De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Dominga Sanabria D
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Ruiz.
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar* superior X inferior X de(señor (a) Dominga Sanabria identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.823 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior X	Inferior X
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, *forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los* dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Dominga Sanabria D
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Ruiz.
FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.124.823
SANABRIA DIAZ
APELLIDOS
DOMINGA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1959
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-SEP-1981 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0726300-00187721-F-0024124823 20091019
0017200840A 2
27709934

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 15/08/24 **No** 53

Yo Tulio Alberto Avila **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 4.264.644 **de** Sotaquira Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales). Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Tulio Alberto Avila
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Ruiz
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (las) maxilar superior X inferior X del señor (a) Tulio Alberto Avila identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.644 de Sotaquira y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	Superior	X	Inferior	X
KIT HIGIENE ORAL				
ESTUCHE PARA PROTESIS				

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes reemplazados de acuerdo con los dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

Tulio Alberto Avila
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Ruiz
FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.264.644
AVILA
APELLIDOS
TULIO ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1954
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
17-ENE-1978 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

No se toma impes. para el 7 sep.

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira fecha 15/08/24 No 54.

Yo Luis Maria Samaca Samaca **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 4.080.572. de Combita. Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior 1 inferior 1

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan *al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y* limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a *consulta.*

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los) maxilar superior* 1 *inferior* 1 del señor (a) Luis Maria Samaca S identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 40.080.572 de Combita y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior* 1	*Inferior* 1
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes re*emplazados de acuerdo con los* dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



RR
3118822840.
3136488682

2 pics.



Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 15/08/24 **No** 55.

Yo Campo Eduardo Vargas Cardenas. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 19.158.194. **de** Bogota. Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de *prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales)*. Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior 1 Inferior 1

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, *toma de color y tamaño de dientes*
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, *al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados*. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración en la pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientes remanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vez que sea necesario a *consulta*.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

C.C 19158194

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

RECIBO A SATISFACION PROTESIS DENTAL COSMETICA - KIT HIGIENE ORAL - ESTUCHE PARA PROTESIS

A los 07 días del mes 09 del año 24 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el *(los)* maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Campo Eduardo Vargas identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 19.158.194 de Bogota y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
PRÓTESIS DENTAL COSMÉTICA	*Superior* 1	*Inferior* 1
KIT HIGIENE ORAL		
ESTUCHE PARA PROTESIS		

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los *dientes reemplazados de acuerdo con los* dientes remanentes.

Entrega kit de higiene oral y estuche para prótesis dental.
Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo a satisfacción con lo establecido.
Para la constancia se firma el presente documento.

C.C 19158194

FIRMA BENEFICIARIO
C/C

FIRMA ODONTOLOGO

RR.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.158.194
VARGAS CARDENAS
APELLIDOS
CAMPO EDUARDO
NOMBRES
FIRMA

3102481225
3202632313.

2 pto

<1 hecho.
Valentia Peca N° 5.


FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1952
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
28-JUN-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-6883505-00170099-M-0019158194-20090815 0015016683A 1 30333730

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PÁGINA	4 DE 4	DEPARTAMENTO DE BOYACÁ MUNICIPIO DE SOTAQUIRÁ
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		VERSIÓN	1	
	PROCESO	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	FECHA	2,019	
	FORMATO	SALIDAS DE ALMACEN	CÓDIGO	RG-GC-10	

ENTRADAS DE ALMACEN

FECHA:	*3 de septiembre de 2024*
QUIEN ENTREGA:	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS
QUIEN RECIBE:	EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
C.C./NIT:	901063754-3
DESTINO:	SECRETARA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL	C	D
40	PROTESIS DENTALES REMOVIBLES ELABORADAS EN RESINA ACRILICA TERMO Y AUTO POLIMETIZABLE-MONOMERO Y POLIMERO CON DIENTES EN RESINA ACRILICA EN DOS CAPAS Y RETENEDORES EN ACRILICO	933,300	37,332,000		
	VALOR BRUTO		**37,332,000**		
	TOTAL A PAGAR		**37,332,000**		

EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
ALMACEN

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
SECRETARA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO

	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD		PÁGINA	1 DE 1	*DEPARTAMENTO DE BOYACÁ MUNICIPIO DE SOTAQUIRÁ*
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		VERSIÓN	1	
	PROCESO	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	FECHA	2,019	
	FORMATO	SALIDAS DE ALMACEN	CÓDIGO	RG-GC-10	

SALIDAS DE ALMACEN

FECHA:	*03 de septiembre 2024*
QUIEN ENTREGA:	EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
QUIEN RECIBE:	MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
C.C.	1,049,656,152
DESTINO:	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y TURISMO

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL	C	D
40	PROTESIS DENTALES REMOVIBLES ELABORADAS EN RESINA ACRILICA TERMO Y AUTO POLIMETIZABLE-MONOMERO Y POLIMERO CON DIENTES EN RESINA ACRILICA EN DOS CAPAS Y RETENEDORES EN ACRILICO	933,300	37,332,000		
	VALOR BRUTO		**37,332,000**		
	TOTAL A PAGAR		**37,332,000**		

EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
ALMACEN

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
1,049,656,152
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y TURISMO

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PÁGINA	4 DE 4	DEPARTAMENTO DE BOYACÁ MUNICIPIO DE SOTAQUIRÁ
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		VERSIÓN	1	
	PROCESO	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	FECHA	2,019	
	FORMATO	SALIDAS DE ALMACEN	CÓDIGO	RG-GC-10	

ENTRADAS DE ALMACEN

FECHA:	*10 de julio de 2024*
QUIEN ENTREGA:	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS
QUIEN RECIBE:	EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
C.C./NIT:	901063754-3
DESTINO:	SECRETARA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL	C	D
60	PROTESIS DENTALES REMOVIBLES ELABORADAS EN RESINA ACRILICA TERMO Y AUTO POLIMETIZABLE-MONOMERO Y POLIMERO CON DIENTES EN RESINA ACRILICA EN DOS CAPAS Y RETENEDORES EN ACRILICO	933,300	55,998,000		
	VALOR BRUTO		55,998,000		
	TOTAL A PAGAR		55,998,000		

EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
ALMACEN

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
SECRETARA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO

	SISTEMA DE GESTIÒN DE LA CALIDAD		PÁGINA	1 DE 1	
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		VERSIÓN	1	*DEPARTAMENTO DE BOYACÁ MUNICIPIO DE SOTAQUIRÁ*
	PROCESO	GESTIÒN DE COMUNICACIONES	FECHA	2,019	
	FORMATO	SALIDAS DE ALMACEN	CÓDIGO	RG-GC-10	

SALIDAS DE ALMACEN

FECHA:	*10 DE JULIO 2024*
QUIEN ENTREGA:	EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
QUIEN RECIBE:	MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
C.C.	1,049,656,152
DESTINO:	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y TURISMO

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL	C	D
60	PROTESIS DENTALES REMOVIBLES ELABORADAS EN RESINA ACRILICA TERMO Y AUTO POLIMETIZABLE-MONOMERO Y POLIMERO CON DIENTES EN RESINA ACRILICA EN DOS CAPAS Y RETENEDORES EN ACRILICO	933,300	55,998,000		
	VALOR BRUTO		55,998,000		
	TOTAL A PAGAR		55,998,000		

EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
ALMACEN

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
1,049,656,152
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y TURISMO

INFORME DE SUPERVISION ACTA PARCIAL 001

CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024 CUYO OBJETO ES AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

CONVENIO No.	CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA.
CONTRATISTA	ASOCIACIÓN RESTAURANDO HUELLAS NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (04) MESES
VALOR:	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($111.996.000,00) M/CTE
FECHA:	02 DE JULIO DE 2024
SUPERVISORES:	MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ - SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO
CDP CONTRATO	2024000289 DE FECHA 13 DE JULIO DE 204
RP CONTRATO	2024000371 DEL 02 DE JULIO DE 2024
PERIDO DE PAGO	DEL 04 DE JULIO DE 2024 AL 07 DE SEPTIEMBRE DE 2024
PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL	MES DE JULIO 9470877293 MES DE AGOSTO 9472418209

2. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor total del Contrato	($111.996.000,00) M/CTE
Valor presente acta	$37.332.000
Valor ejecutado	$ 55.998.000
Valor faltante por ejecutar / Valor pendiente por pagar	$18.666.000
Porcentaje de Ejecución	83.33% EJECUTADO

Porcentaje por Ejecutar	16.67%
Estado de la Garantía	APROBADAS -VIGENTES
Matriz de Riesgos del Contrato	Sin afectación. En monitoreo y revisión por parte de la supervisión.

INFORME FINANCIERO DEL CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024

OBJETO: AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA.

EL TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES DEL 83.33%.

NOTA: El informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso se pueden verificar en la plataforma SECOP II, proceso de contratación No. **CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024,** así mismo los documentos físicos hacen parte de la carpeta de supervisión del contrato y del expediente contractual correspondiente.

1.2. ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO

El CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024, se ejecutó parcialmente, con un porcentaje de AVANCE del 83.33%

2. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante la ejecución del presente contrato no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

3. LLAMADAS DE ATENCION AL CONTRATISTA

Durante el presente período no se han presentado llamados de atención al contratista.

4. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR

La suscrita Secretaria de desarrollo social agropecuario y turístico realizó seguimiento pormenorizado de cada una de las actividades reportadas dentro de la ejecución del contrato, en donde se realiza el informe financiero y técnico de todo el proceso contractual.
Dentro del periodo de reporte se evidencia la entrega de 100 prótesis dentales a los siguientes adultos mayores:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	PROTESIS DELTALES SUPRIOR Y/O INFERIOR

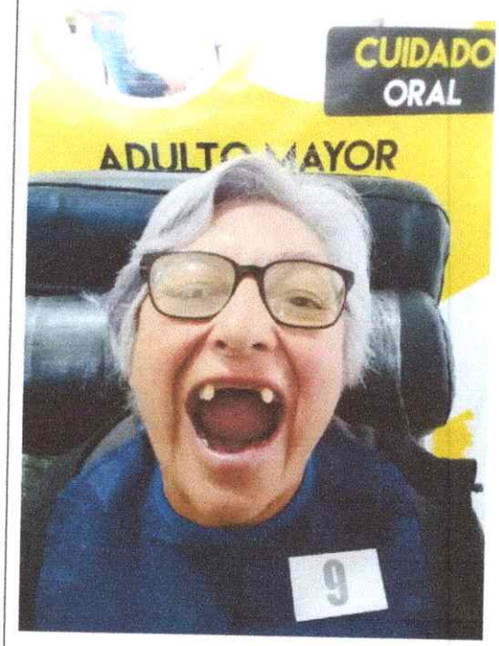
1	ANA JOAQUINA FLOREZ	40009467	2
2	ARNULFO MORA VILLAMIL	74240464	2
3	JOSEFINA GRANADOS	51768193	2
4	GUILLERMO SANDOVAL	6771439	2
5	VALENTIN PEREZ PEÑA	4264913	1
6	MEDARDO ALBA DIAZ	4036568	2
7	LUIS JOSE HERNANDEZ PORRAS	5756869	2
8	LILIA VARGAS AYALA	24124879	1
9	LUZ LEILA HERNANDEZ RUIZ	24124861	2
10	MARIA IRENE GAONA	41470107	2
11	JULIO HERNAN BENITEZ LARGO	4080740	1
12	MARIA DEL CARMEN SANDOVAL	1056572155	2
13	CENAIDA FUQUEN DE MATEUS	24124633	2
14	EDMUNDO PULIDO AVENDAÑO	6764485	1
15	MARIA ANITA SANCHEZ DE LUIS	24123993	2
16	JESUS ARCADIO LUIS	1160141	2
17	MARIA MERY OJEDA ZORRO	23856196	2
18	JOSE LISANDRO RIAÑO HIGUERA	19378998	2
19	MARIA INES VARGAS	23265494	2
20	LUIS ANTONI MATTA SUSPES	4264501	2
21	ILVA SALAMANCA MONROY	24125089	2
22	MARIELA MAYORGA GARCIA	24124983	2
23	MANUEL JOSE MAYORGA	4264487	2
24	HUMBERTO CIPACON SALAMANCA	19357043	2
25	MARIA INES ACUÑA GRANADOS	24124496	1
26	CARMENZA CIFUENTES MAYORGA	24124642	2
27	MARIA ISLENA DEL CARMEN LARGO	46590005	2
28	VICTOR MANUEL PEREZ CHAPARRO	6761822	1
29	ROSA ELENA SOTO PACHECO	24124915	1
30	MARIA NAYIBE SALANUEVA GUANA	24125624	2
31	MAURICIO RODRIGUEZ VARGAS	6770884	2
32	BLANCA LILIA GALVIS	40013852	2
33	MARIA CUSTODIA AVENDAÑO	24124450	2
34	LUIS GUILLERMO AVILA	4264776	2
35	ROSA TULIA MAYORGA DE RIAÑO	24124691	1
36	ETELVINA VARGAS CARDENAS	23265670	2

37	GLORIA DEL CARMEN CEPEDA PACHON	40014064	2
38	GABRIEL PEREZ PATAROYO	19106956	2
39	ORFA NUBIA IGUAVITO ALFONSO	29125066	2
40	PEDRO ANTONIO QUIJANO GARCIA	4264877	2
41	EVANGELISTA RAMIREZ FONSECA	4264900	2
42	JOSE ARISTIPO ACUÑA GARCIA	4264750	2
43	MARIA ISABEL MAYORGA ORTIZ	24124973	2
44	LEONOR TOCA CALDERON	23263479	2
45	SEGUNDO ELISIO AVENDAÑO	6755020	2
46	LUIS ANTONI RODRIGUEZ TORRES	4264557	2
47	MAAXIMO LEON GARCIA MONROY	6757471	2
48	MARTHA CECILIA ROBELO RODRIGUEZ	23780403	2
49	MARIA ANAIS AYALA CARDENAS	51761894	2
50	SEGUNDO CARDENAS	6758922	1
51	ANGEL MARIA CASTRO RODRIGEZ	4190809	2
52	DOMINGA SANABRIA DIAZ	24124823	2
53	TULIO ALBEERTO AVILA	4264644	2
54	LUIS MARIA SAMACA SAMACA	4080572	2
55	CAMPO EDUARDO VARGAS CARDENAS	19158194	2
TOTAL, PROTESIS ENTREGADAS			100

ANEXO INFORME FOTOGRAFICO:

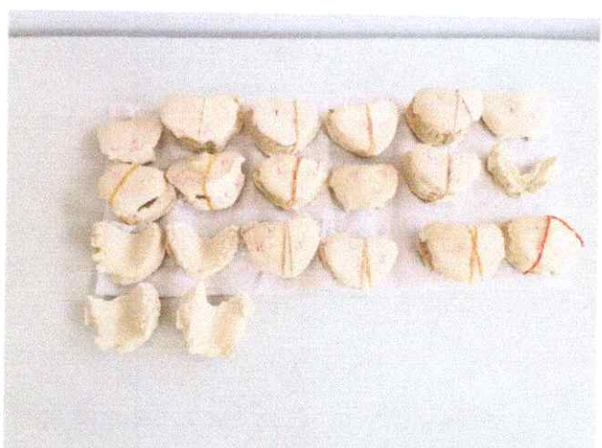












5. ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO A LA MATRIZ DE RIESGO DEL CONTRATO

Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecido en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hay materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través del informe final de actividades del

contratista de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

El presente informe se firma en Sotaquirá, a los doce (12) días del mes de septiembre de **2024.**

Atentamente,

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ –
SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO
Supervisor (a) del Contrato

Espacio para Logo Corporativo

ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS
NIT 901.063.754-3
CR. 11 N° 957 BRR. LAS AMERICAS
Tel: (038) 3112452446
Tunja - Colombia
asociacionreshuellas@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. 17

Señores	MUNICIPIO DE SOTAQUIRA		
NIT	891.801.061-1	**Teléfono**	(608) 7873020 - Ext. 000 - (608) 3115852058 - Ext. 000
Dirección	CRA 7 No 6-64 ED MUNICIPAL	**Ciudad**	Sotaquirá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	03/09/2024, 10:56
Expedición	03/09/2024, 10:56
Vencimiento	03/09/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Valor Impto.Cargo	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Realizar diagnostico a la población inicialmente focalizada por por el Municipio. Elaboración de prótesis dentales - Toma de Impresiones - Registros Elaboración de prótesis dental parcial removibles elaboradas en resina acrílica termo y auto poilimerizable-monómero y polímero con dientes en resina acrílica en dos capas y retenedor en acrílico o en metal según el caso. Adaptación de prótesis parciales removibles. Suministro prótesis dentales Capacitaciones en salud oral.	40.00	0.00	933,300.00	37,332,000.00

Total items: 1

Total Bruto	37,332,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	37,332,000.00

Valor en Letras:
Treinta y siete millones trescientos treinta y dos mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 37,332,000.00

Observaciones:
CORRESPONDE A ACTA PARCIAL N° 1 CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024 cuyo objeto es AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y HUMANOS PARA GARANTIZAR LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIA Y POBLACION VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764074369941 aprobado en 20240703 prefijo desde el número 13 al 24 Vigencia: 12 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 0
CUFE: f79a9cb75f2bad0e7aa47c2bb8442740b4b5eeb614120d9accb3c7c768382566d69e0cb40eb8a888ae834ba595a05720

DECLARACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA PERSONAS NATURALES.

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

MARIA MIREYA GARCIA PACHECO IDENTIFICADA CON CEDULA 23.315.988 de Arcabuco

CERTIFICA QUE

LA ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS CON NIT: 901063754-3

Se encuentra al día con la seguridad social y aportes parafiscales correspondientes a los últimos 6 meses. la presente se expide a los doce (12) días del mes de septiembre (09) de dos mil veinticuatro (2024), a solicitud del interesado.

cordialmente,

MARIA MIREYA GARCIA PACHECO
c.c. 23.315.988
R/L

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23315988		GARCIA PACHECO MARIA MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4B - 2C ESTE 24	TUNJA-BOYACA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08		9472418209	I	2024/09/20			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100
1 CC	23315988	GARCIA MARIA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF10	30	$1,300,000	$7,800	14-23	30	$1,300,000	0.5225%	$6,800	30	$0	$0	No	$385,100
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$385,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23315988		GARCIA PACHECO MARIA MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4B - 2C ESTE 24	TUNJA-BOYACA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08		9472418209	I	2024/09/20			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$0	$0	$7,800
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$7,800	$0	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$385,100	$0	$0	$385,100

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23315988		GARCIA PACHECO MARIA MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4B - 2C ESTE 24	TUNJA-BOYACA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	59048945	9470877293	I	2024/08/23	2024/08/28	BANCO DE OCCIDENTE	5	$386,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	23315988	GARCIA MARIA		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF10	30	$1,300,000	$7,800	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$6,800		$0	$0

2024/08/28 04:22 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23315988		GARCIA PACHECO MARIA MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4B - 2C ESTE 24	TUNJA-BOYACA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	59048945	9470877293	I	2024/08/23	2024/08/28	BANCO DE OCCIDENTE	5	$386,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$100	$0	$6,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$100	$0	$7,900
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$7,800	$100	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL				**1**	**$385,100**	**$1,700**	**$0**	**$386,800**

2024/08/28 04:22 PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141046708008

(415)7707212489984(8020) 000014104670800 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 6 3 7 5 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal
CR 11 9 57 BRR LAS AMERICAS

42. Correo electrónico asociacionreshuellas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 4 5 2 4 4 6	7 4 8 0 0 3 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 9 9	2 0 1 7 0 1 2 1	5 6 2 1	2 0 1 7 0 1 2 1		3 2 5 0	7 0 2 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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: 2024 - 08 - 10 / 16 : 21: 50

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 GARCIA PACHECO MARIA MIREYA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 22-08-2024 08:31:15AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141046708008

(415)7707212489984(8020) 000014104670800 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 6 3 7 5 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	
72. Número	1	
73. Fecha	2 0 1 7 0 1 2 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 7 0 3 0 6	
77. No. Matrícula mercantil	S 0 5 0 5 0 4 5	
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	3 8	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 7 0 1 2 1	
81. Hasta	2 0 2 7 0 1 2 0	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO POR SINCO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141046708008

(415)7707212489984(8020) 000014104670800 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 6 3 7 5 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 7 0 3 0 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	2 3 3 1 5 9 8 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GARCIA	PACHECO	MARIA	MIREYA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 7 0 3 0 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	4 0 0 1 8 9 4 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LOPEZ	MALAVER	NUNILA	ESMERALDA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTOS SIN COSTO

Certificación Bancaria

Bancolombia

Tunja. 17 de Noviembre de 2023

Señor

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS identificado(a) con NIT No. 901063754 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS PERSONA JURIDICA	68200004257	2023/10/30	A ACTIVA	$ 15.853.782.70