P - 04

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

P- 04-01

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

297

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-8
IVA Régimen Común
FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3103724420
FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000227

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

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

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO AL SR ORLANDO 9/08/24 **Fecha:** 31/08/2024

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

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

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
51959501	1007312625	PAGO ACOMPAÑAMIENTO AL SR ORLANDO 9/08/24	1		280,000.00	
11050501	1007312625	PAGO ACOMPAÑAMIENTO AL SR ORLANDO 9/08/24	1			280,000.00

Elaboro ADMIN 19/08/2024 10:11:25 a. m.	Revisó:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:

298

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	08	2024	14

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA
FACTURA DE VENTA

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

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
DAYANA LUGO FERNANDEZ	C.C. (X) NIT	1,007,312,625
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3184937522	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.832-6
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN UNIDAD	VALOR DE LA OPERACIÓN TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DIA 09 DE AGOSTO DEL 2024	280,000	280,000

SON: DOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.

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

FIRMA :
NOMBRE : DAYANA LUGO FERNANDEZ
No C.C. : 1,007,312,625

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

FundECAD

299

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR:
Orbando Mosquera

N. CEDULA: 12111032
EDAD: 67 SEXO: M x F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Dayana Lugo
N. CEDULA: 1.007.03/2625

FECHA SALIDA: DIA 9 MES 08 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 9 MES 08 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION:
Valparaiso
CUIDAD DESTINO DE REMISION:
Florencia
MOTIVO DE LA
REMISION: examen Análisis de campo Visco.

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

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: _____
CC: 1007 3126 25
CARGO: Aux. Enfermería
N. DE CELULAR: 313 493 7522

Paciente: Mosquera, Omaldo
FD: 26-may.-1957
Sexo: Masculino
ID: 12111032

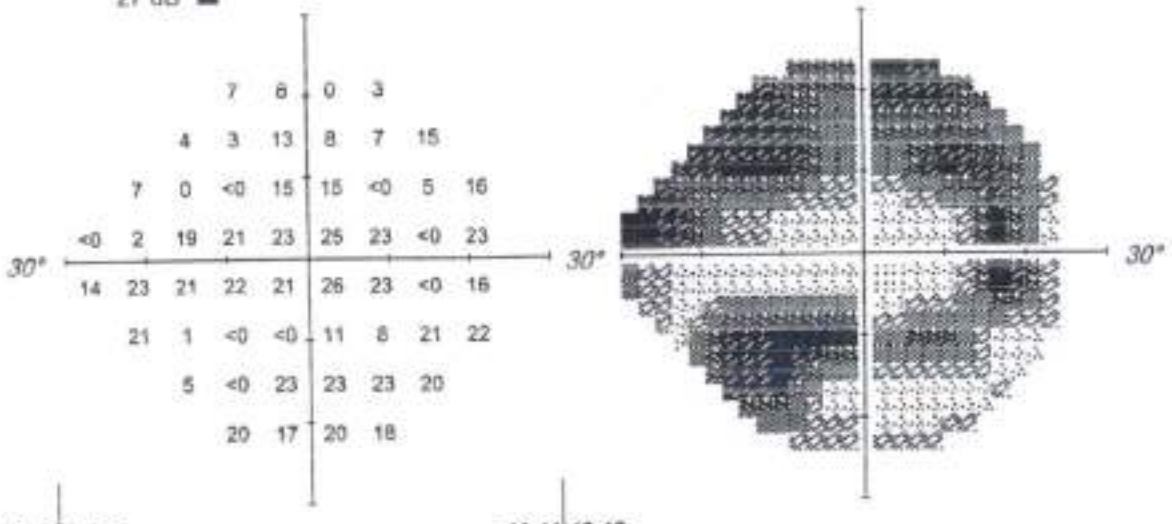
ZEISS

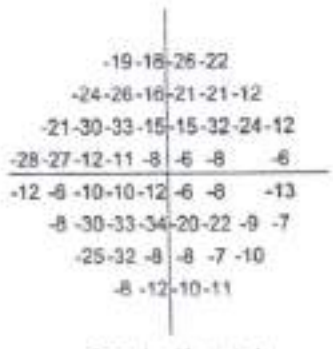
OFTALMOLASER - FLORENCIA
Carrera 9 # 9A- 25
4370963 - 3162621945

300

OD Análisis de campo único — Central 24-2 Prueba de umbral

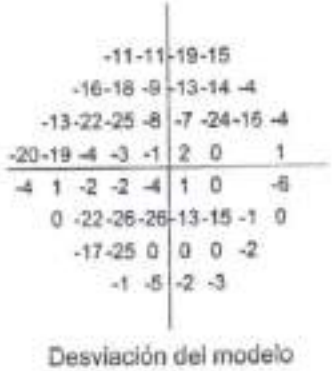
Monitor de fijación:	Monitorización de la mirada	Estímulo:	III, Blanco	Fecha:	09-ago.-2024
Objetivo de fijación:	Central	Fondo:	31,5 asb	Hora:	14:17
Pérdidas de fijación:	0/0	Estrategia:	SITA Standard	Edad:	67
Errores falsos pos.:	2%	Diámetro de pupila:	5,6 mm *		
Errores falsos neg.:	0%	Agudeza visual:			
Duración:	08:45	Rx:	+3,25 DS -4,00 DC X 1		
Foveal:	27 dB				



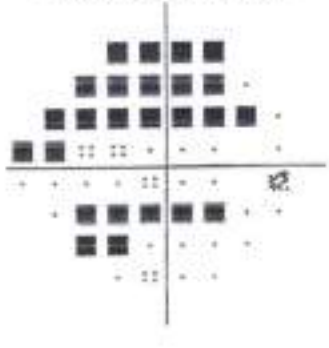


Desviación total





Desviación del modelo



PHG: Fuera de límites normales

VFI: 63%
MD24-2: -16,54 dB P < 0,5%
PSD24-2: 9,85 dB P < 0,5%

:: P < 5%
P < 2%
P < 1%
P < 0.5%



Comentarios

ZEISS

Paciente: Mosquera, Ornaldo
FDN: 28-may.-1957
Sexo: Masculino
ID: 12111032

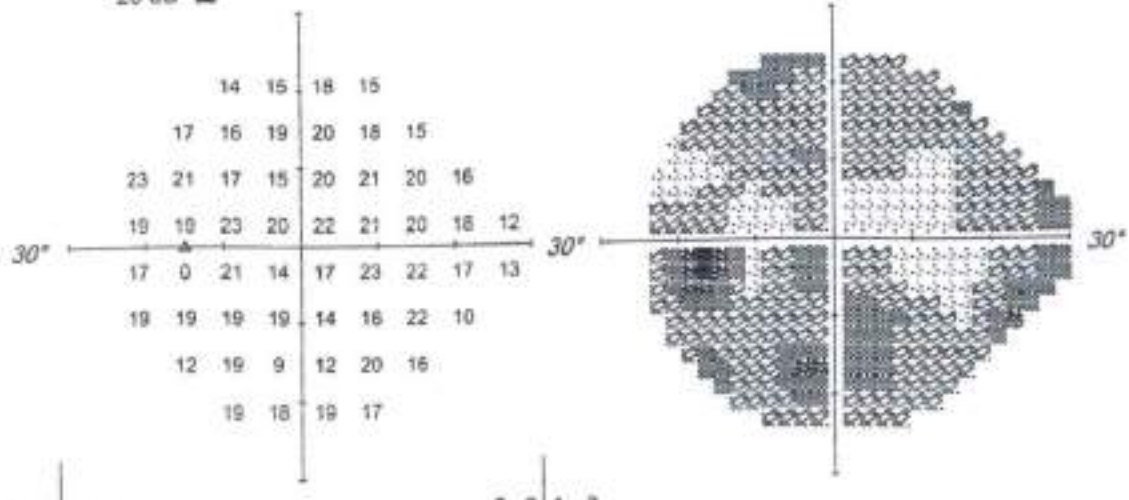
ZEISS

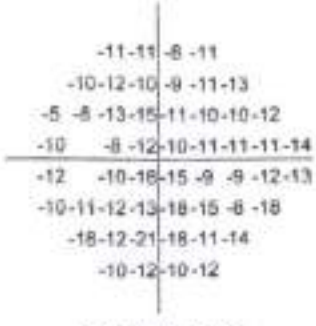
OFTALMOLASER - FLORENCIA
Carrera 9 # 9A- 25
4370963 - 3182521945

30

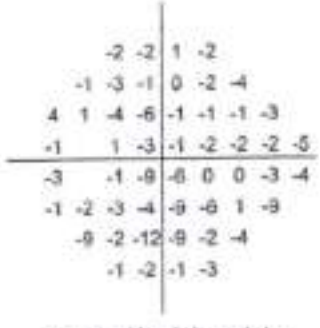
OS Análisis de campo único — Central 24-2 Prueba de umbral

Monitor de fijación:	Mirada/Mancha ciega	Estímulo:	III, Blanco	Fecha:	09-ago.-2024
Objetivo de fijación:	Central	Fondo:	31,5 asb	Hora:	14:32
Pérdidas de fijación:	0/1	Estrategia:	SITA Standard	Edad:	67
Errores falsos pos.:	1%	Diámetro de pupila:	5,6 mm *		
Errores falsos neg.:	0%	Agudeza visual:			
Duración:	06:45	Rx: +3,25 DS -4,00 DC X 1			
Foveal:	23 dB ■				





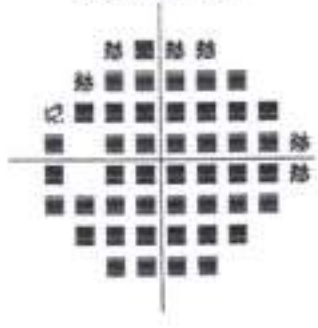
Desviación total

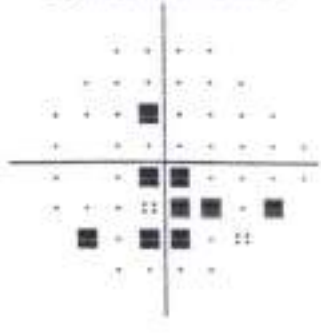


Desviación del modelo

PHG: Fuera de límites normales

VFI: 85%
MD24-2: -12,06 dB P < 0,5%
PSD24-2: 3,48 dB P < 1%





:: P < 5%
P < 2%
P < 1%
■ P < 0.5%



Comentarios

© 2019 Carl Zeiss Meditec, Inc. Todos los derechos reservados.

302

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

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

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000228

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

Dirección: VALPARAISO Valparaiso-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO SR HERNAN ALZATE 30/8/24 **Fecha:** 31/08/2024

Cuenta: 51958501 OTROS GASTOS **Cheque No:** 0

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

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
51958501	1006530508	PAGO ACOMPAÑAMIENTO SR HERNAN ALZATE 30/8/24	1		280,000.00	
51958501	1006530508	PAGO ACOMPAÑAMIENTO SR HERNAN ALZATE 30/8/24	1			280,000.00

Elaboro ADMIN 19/09/2024 10:13:55 a. m.	Revisó:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:

303

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	08	2024	09

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

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

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
MABERLY SUAREZ VARGAS	C.C. (X) NIT	1,006,580,508
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3134937522	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.632-9
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
		UNIDAD	TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DIA 30 DE AGOSTO DEL 2024	280,000	280,000

SON: DOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.

TOTAL	$280,000.00
BASE GRAVABLE	0
IVA	0
RETE IVA	0

FIRMA :

NOMBRE : MABERLY SUAREZ VARGAS

No C.C. : 1,006,580,508

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGUN ARTICULO 616 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

304

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR:
Hernan Alzate Cardona

N. CEDULA: 17.665.811
EDAD: 81 SEXO: M x F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Maberly Suarez
N. CEDULA: 3114555618 - CC 1006530508

FECHA SALIDA: DIA 30 MES 08 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 30 MES 08 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION:
Valparaiso Caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION:
Florencia
MOTIVO DE LA
REMISION: Cita por Oftalmologia

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

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Maberly Suarez
CC: 1006530508
CARGO: Aux. Enfermeria
N. DE CELULAR: 3114555618

Oftalmoláser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N.9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

305

Paciente: CC 17665811 ALZATE CARDONA HERNAN **Id. Historia:** 1026251

Admisión: 685685 **Fecha de Nacto:** 28/07/1943 **Edad:** 81 a 1 m 4 d **Estado Civil:** NO ESPECIFICADO **Tel:** 3125216042-31234965

Dirección: BARRIO CENTRO **Ubicación del Pcte:** -

Ciudad: EL DONCELLO **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** No Manifiesta

Ocupación: OCUPACION NO DEFINIDA **Sexo:** Masculino

APBs: ASMET SALUD EPS SAS **Tipo Vincula:** Beneficiario

Sucursal: ASMET SALUD EPS SAS

Contrato: ASMETSALUD PGP

Departamento Atención: HUILA

Municipio Atención: NEIVA

Acompañante: No registra Acompañante **Responsable:** ALZATE CARDONA HERNAN

Parentesco: Otro **Parentesco:** Otro

Fijo: 0000000 **Celular:** 0000000 **Fijo:** 0000000 **Celular:** 0000000

HISTORIA CLINICA DE CONTROL OFTALMOLOGIA

Fecha y Hora de atención: 30/08/2024 10:48

Profesional: CHICANGANA MONTON CARLOS ALBERTO **Especialidad:** OFTALMOLOGIA **Tp Admisión:** AMBULATORIO

Hora Ingreso: 30/08/2024 2:01 a.m.

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA -ASME	1

DATOS DE LA CONSULTA - DATOS DE CONSULTA
SE ATIENDE PREVIA HIGIENIZACION DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL : 1.SI

EVOLUCION OFTALMOLOGICA - Evolución Oftamologica
Evolucion y/control oftalmologico : CATARATA Y GLAUCOMA
RESIDENTE ANCIANATO
NO USA MEDICACION GLAUCOMA
EXAMEN FISICO:
AVL SC: OD: 20/150 , AVL SC: OI: 20/40
MOVIMIENTOS OCULARES AO: SIN ALTERACIONES, PUPILAS AD: SIN ALTERACIONES
BM OD: PARPADOS , PTERIGIO N4, CORNEA CLARA BIEN, CAMARA ANTERIOR MEDIA, IRIS BIEN, CRISTALINO CON EN+
BM OI: PARPADOS , PINGUECULAS, CORNEA CLARA BIEN, CAMARA ANTERIOR MEDIA, IRIS BIEN, CRISTALINO CON EN+
PIO AO: 13 T
FO OD: DISCO OPTICO BIEN , EXC. 0.7, RETINA ADHERIDA
FO OI: DISCO OPTICO BIEN , EXC. 0.8, RETINA ADHERIDA
TRATAMIENTO - PLAN DE MANEJO
DIAGNOSTICO AMPLIADO : GLAUCOMA
CATARATA
PTERIGIO
HIPOACUSIA
PLAN DE MANEJO : -EXPLICACION, RECOMENDACIONES
-CITA OPTOMETRIA
-CITA OFTALMOLOGIA CON RESULTADOS
-TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR DISCO OPTICO AMBOS OJOS
-TIMOLOL 0.5% + DORZOLAMIDA 2% + BRIMONIDINA 0.2% SOLUCION OFTALMICA FRASCO POR 5 ML FRASCOS #6- APLICAR 1 GOTA CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS
- LATANOPROST 0.005% SOLUCION OFTALMICA FRASCO 2.5ML FRASCOS #6- APLICAR 1 GOTA CADA 24 HORAS EN AMBOS OJOS EN LA NOCHE , MANTENER REFRIGERADO
-CITA OTORRINOLARINGOLOGIA
SIGNOS DE ALARMAS Y RECOMENDACIONES : -EXPLICACION, RECOMENDACIONES

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: H401 **Nombre:** GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Tipo: CONFIRMADO NUEVO **Categoría:** Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Codigo: H259 **Nombre:** CATARATA SENIL* NO ESPECIFICADA

Tipo: CONFIRMADO NUEVO **Categoría:** Diagnóstico Relacionado 1

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Oftalmoláser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N.9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

Paciente: CC 17665811 ALZATE CARDONA HERNAN

Id. Historia: 1026251

306

Codigo: H919 Nombre: HIPOACUSIA* NO ESPECIFICADA

Tipo: IMPRESION DIAGNOSTICA Categoria: Diagnóstico Relacionado 2

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ENFERMEDAD GENERAL	

ORDENES GENERADAS

MEDICAMENTOS

Nombre									
LATANOPROST 0,05 MG/ML SOLUCION OFTALMICA	No	APLICAR 1 GOTAS CADA 24 HORAS POR 180 DIAS AMBOS OJOS	6,00	Alta	3 ML	OFTALMICOS	1 FRASCO	24 HORAS	35 dias
DORZOLAMIDA 2%+TIMOLOL 0,5% +BRIMONIDINA 0,2% SOLUCION OFTALMICA	No	APLICAR 1 GOTAS CADA 12 HORAS POR 180 DIAS AMBOS OJOS	6,00	Alta	5 ML	OFTALMICOS	1 FRASCO	12 HORAS	35 dias

SERVICIOS

Nombre				
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		1,00		Baja
CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA	OTORRINOLARINGOLOGIA	1,00		Baja
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	-CITA OFTALMOLOGIA CON RESULTADOS	1,00		Baja
TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	DISCO AO	2,00		Baja

Profesional que clausura: CHICANGANA MONTON CARLOS ALBERTO
CC 10549268 R.M. 2674

Fecha y hora del registro: 30/06/2024 5:04 p.m.

Profesional que elabora: CHICANGANA MONTON CARLOS ALBERTO CC 10549268 R.M. 2674

1529

Audiser

NIT 813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8718264

357

Fecha: 30/08/2024 16:59 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 685885 ORDEN EXT No. 1750545

Paciente: CC 17665811 ALZATE CARDONA HERNAN F. Nacimiento: 26/07/1943 EDAD: 81 a 1 m 4 d GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Cód. Referencia 890207	OPTOMETRIA	1.00	Baja	0		

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H401	CONFIRMADO NUEVO	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
H259	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA SENIL NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: CHICANGANA MONTON CARLOS ALBERTO Registro Médico: 2574 Dependencia: APOYO TERAPEUTICO FLORENCIA

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
N.I.T 813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

307

Ambito: AMBULATORIO Admisión: 685685 ORDEN EXT No. 1750350

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 30/08/2024 17:02 Vencimiento: 29/09/2024
Paciente: CC 17665811 ALZATE CARDONA HERNAN Edad: 81 a 1 m 4 d Fecha nac: 26/07/1943
Género: MASCULINO Carpeta:
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP
Tipo Contrato: POS SUBSIDIADO Especialidad de Ingreso

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	Nº Mipres
19948568	LATANOPROST 0.05 MG/ML SOLUCION OFTALMICA	FRASCO	OFTALMICOS	6,00	0	Alta	1 GOTAS	24 HORAS	
JustifPosologia	APLICAR 1 GOTAS CADA 24 HORAS POR 180 DIAS AMBOS OJOS	Cada	NO	Cant. SEIS		Quien ejecuta			

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H401	CONFIRMADO NUEVO	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
H259	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA SENIL* NO ESPECIFICADA
H919	IMPRESION DIAGNOSTICA	HIPOACUSIA* NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: CHICANGANA MONTON CARLOS ALBERTO Registro Médico: 2674 Dependencia: APOYO TERAPEUTICO FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

08/30/2024

rptOrdenesMedicamentos.rp

309

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

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

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE C01 0000229

Pagado a: 1,098,344,862 FERRER MEZQUITA YAIZA

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

Por concepto de: PAGO FUNEBRE JOSE MUÑOZ 1/8/24 **Fecha:** 31/08/2024

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

la suma de: $2,500,000.00 DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
51859501	1098344862	PAGO FUNEBRE JOSE MUÑOZ 1/8/24	1		2,500,000.00	
11050501	1098344862	PAGO FUNEBRE JOSE MUÑOZ 1/8/24	1			2,500,000.00

Elaboro ADMIN 19/09/2024 10:17:38 a. m.	Revisó:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	08	2024	20

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

310

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

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
YAIZA FERRER MEZQUITA	C.C. (X) NIT	1,088,344,862
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
BARRIO LAS AVENIDAS	3163724420	FLORENCIA- CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-8
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
		UNIDAD	TOTAL
1	GASTOS FUNEBRES (FUNERARIA, EUCARISTIA, SEPULTURERO, DOCUMENTACIÓN)	2,500,000	2,500,000
			0
			0
			0
			0
			0

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE.

TOTAL	$2,500,000.00
BASE GRAVABLE	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA :

NOMBRE : YAIZA FERRER MEZQUITA

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

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

311

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24085820636566

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN	
Departamento: CAQUETÁ	Municipio: VALPARAÍSO
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
Área: Cabecera Municipal	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío):

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2024-08-01	04:40:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	17623091

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MUÑOZ	VASQUEZ	JOSE	BRUNO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR	
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	Número de documento: 7718684

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LUGO	CASTAÑEDA	DAGOBERTO	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	7718684

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento: CAQUETÁ	Municipio: VALPARAÍSO
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día: 2024-08-01	**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**

Dagoberto Lugo C.
7.718.684
RM 300504

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
N.I.T:813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

Ambito: AMBULATORIO Admisión: 685885 ORDEN EXT No. 1750553

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 30/08/2024 17:03 Vencimiento: 29/09/2024
Paciente: CC 17665811 ALZATE CARDONA HERNAN Edad: 81 a 1 m 4 d Fecha nac: 26/07/1943 312
Género: MASCULINO Carpeta:
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP
Tipo Contrato: POS SUBSIDIADO Especialidad de Ingreso

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	Nº Mipres
06960693	DORZOLAMIDA 2% +TIMOLOL 0.5% +BRIMONIDINA 0.2% SOLUCION OFTALMICA	FRASCO	OFTALMICOS	6,00	0	Alta	1 GOTAS	12 HORAS	
JustifPosologia	APLICAR 1 GOTAS CADA 12 HORAS POR 180 DIAS AMBOS OJOS	Casa	NO	Cant. SEIS		Orden ejecuta			

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H401	CONFIRMADO NUEVO	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
H259	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA SENIL* NO ESPECIFICADA
H919	IMPRESION DIAGNOSTICA	HIPOACUSIA* NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: CHICANGANA MONTON CARLOS ALBERTO Registro Médico: 2674 Dependencia: APOYO TERAPEUTICO FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

08/30/2024 rptOrdenesMedicamentos.rp

312

REPUBLICA DE COLOMBIA



MUNOZ VASQUEZ

JOSE BRUNO

19 AGO 1966

GUADALUPE (HUILA)

31 JUL 2035





IC COL 0Z 9212648644001<<<<<<<<<<<
4404189M3307319COL17623091<<<<4
MUNOZ<VASQUEZ<<JOSE<BRUNO<<<<<

REGISTRO FOTOGRAFICO













P- 04-02

ELEMENTOS DE ENFERMERIA

D	M	A	CONSECUTIVO #
28	08	2024	18

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

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

315

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
YAIZA FERRER MEZQUITA	C.C. (X) NIT	1,088,344,862
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
BARRIO LAS AVENIDAS	3163724420	FLORENCIA- CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-8
DIRECCIÓN	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
		UNIDAD	TOTAL
4	ESPARADRAPO MEDIANO TELA	9,500	38,000
2	MICROPORE PEQUEÑO	8,200	16,400
2	MICROPORE MEDIANO	15,000	30,000
1	YODOPOVIDONA 120 ML	35,600	35,600
1	YODOPOVIDONA ESPUMA 120 ML	36,200	36,200
1	AGUA OXIGENADA 120 ML	9,500	9,500
2	ALCOHOL ANTISÉPTICO 3.800 ML	62,000	124,000
4	GUANTES TALLA M	42,000	168,000
4	CAJA DE TAPABOCAS	25,000	100,000
2	GASA ROLLO	102,000	204,000
1	ALGODÓN	9,900	9,900
2	PAÑITOS HÚMEDOS	12,500	25,000

SON: SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE.

TOTAL	$796,600.00
BASE GRAVABLE	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA :

NOMBRE : YAIZA FERRER MEZQUITA

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

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

FundECAD

316

FECHA: 29 de agosto del 2024
PARA: Coordinadora Hogar Divino Niño
DE: Representante Legal Fundecad

LA FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA FUNDECAD

ACTA DE ENTREGA

La suscrita representante Legal de la Fundación Fundecad, YAIZA FERRER MEZQUITA, mediante la presente acta, hace entrega de Elementos de enfermeria para el Centro de Protección Hogar Divino Niño, a la señora Angela Encinales Ardila identificada con CC No 40.769.485 de Florencia Caquetá coordinadora de la institución.

No	ELEMENTOS	CANTIDAD
1	Esparadrapo Mediano Tela	4
2	Micropore Pequeño	2
3	Micropore Mediano	2
4	Yodopovidona 120 Ml	1
5	Yodopovidona Espuma 120 Ml	1
6	Agua Oxigenada 120 Ml	1
7	Alcohol Antiséptico 3.800 Ml	2
8	Guantes Talla M	4
9	Caja De Tapabocas	4
10	Gasa Rollo	2
11	Algodón	1
12	Pañitos Húmedos	2

Para constancia de lo anterior se firma en el municipio de Valparaíso Caquetá, a los 29 días del mes de agosto.

YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante Legal

ANGELA ENCINALES ARDILA
Coordinadora

FOTOS ELEMENTOS DE ENFERMERIA











REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.344.862**

FERRER MEZQUITA

APELLIDOS

YAIZA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-1997**

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-2015 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2400100-00758110-F-1088344862-20151026 **0047**197047A 1 45070059

3/9

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14922774071

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1088344862	2015/09/30

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico: ferrermabogados@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
5	2	2	4	9																					

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: FERRER MEZQUITA YAIZA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 27-06-2023 04:43:05PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

P- 04-03

ELEMENTOS DE ASEO

321

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-8

IVA Régimen Común

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

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000215

Pagado a: 901,457,387 DISTRIBUIDORA LOS COLONOS J & R ZOMAC S.A.S

Dirección: FLORENCIA Florencia Caquetá — Tel: 3222309283

Por concepto de: PAGO COMPRA INSUMOS DE ASEO — Fecha: 31/05/2024

Cuenta: 51959501 OTROS GASTOS — Cheque No: 0

La suma de: $1,502,800.00 UN MILLÓN QUINIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
11050501	901457387	PAGO COMPRA INSUMOS DE ASEO	1			1,502,800.00
51959501	901457387	PAGO COMPRA INSUMOS DE ASEO	1		1,502,800.00	

Elaboró ADMIN 19/09/2024 8:26:58 a. m.	Revisó:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:

DISTRIBUIDORA LOS COLONOS J&R ZOMAC S.A.S

Oficina : 1 DISTRIBUIDORA LOS COLONOS

Direccion: CALLE 5 CR 10A B/ LAS AVENIDAS Telefono: 3222309283 Ciudad: FLORENCIA

NIT: 901,457,387-5 Responsable del IVA-Régimen Ordinario

322

Cliente : 901,340,932-6 FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURA,	**Factura Electronica de Venta JR 2288**
Direccion : CALLE 25 2-43 Barrio : LA LIBERTAD Florencia Caquetá	Fecha Doc : **24-agosto-2024**
Telefonos : 3163724420 Estab:	Vendedor : VENTAS DE CONTADO -

Comentario : PEDIDO DEL 12 DE AGOSTO DE 2024

Producto	Descripcion de Producto	Referencia	Unid	Cant.	Val Unidad	Desc.	%	Subtotal	%Iva	Valor Iva	ValorTotal
000703	SUAVISANTE PARA ROPA		galon	5	32,000	0	0.00	134,453.78	19	25,546.22	160,000
000109	VINAGRE		galon	3	28,000	0	0.00	47,058.82	19	8,941.18	56,000
000191	BIDON DE LIMPIDO X 20 LT		unida	3	42,200	0	0.00	106,386.55	19	20,213.45	126,600
770737	CLORO GRANULADO X 500GR		unida	3	14,500	0	0.00	36,554.62	19	6,945.38	43,500
770719	PAPEL HIGIENICO SCOTT		unida	40	3,000	0	0.00	100,840.34	19	19,159.66	120,000
000784	JABON BARRA TIGRE X 1000		tarro	8	10,200	0	0.00	68,571.42	19	13,028.53	81,600
000797	LIMPIADOR PISO GALON X 3.800		galon	6	22,000	0	0.00	110,924.37	19	21,075.63	132,000
770701	JABON DE MANOS X 1000 ML		unida	9	9,200	0	0.00	69,579.83	19	13,220.17	82,800
770626	JABON AXION X 850GR		unida	8	18,000	0	0.00	121,008.40	19	22,991.60	144,000
770753	SABRA POWER X UNIDAD		unida	5	1,500	0	0.00	7,500	0	0	7,500
000560	ESPONJILLAS TOP X 12		paqu	9	6,000	0	0.00	45,378.15	19	8,621.85	54,000
000048	BOLSA BASURA FAMILIAR		unida	12	5,000	0	0.00	50,420.17	19	9,579.83	60,000
770831	BOLSA BASURA INDUSTRIAL		paqu	12	6,000	0	0.00	60,504.20	19	11,495.80	72,000
770682	BOLSA BASURA INDUSTRIAL XL		paqu	12	8,000	0	0.00	80,420.17	19	9,579.83	96,000
770704	GUANTE DOMESTICO PINTO		unida	12	6,900	0	0.00	69,579.83	19	13,220.17	82,800
000563	BULTO DE DETERGENTE EN		bulto	2	92,000	0	0.00	154,621.85	19	29,378.15	184,000

Forma de Pago	Valor	Vence	Documento	Tercero
CONTADO	1,502,800			
Total :	**1,502,800**			

Descuento :	0.00
Subtotal :	**1,264,055.62**
Impuestos :	**238,745.38**
Total Factura :	**1,502,800.00**

Tipo Impto	Base Calculo	Total Impto
Sin Impuestos	7,500	0
TARIFA GENERAL	1,256,555	238,745

Moneda: (COP) Peso Colombiano

(UN MILLON QUINIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE)

Favor realizar retención en la fuente proporcional, teniendo en cuenta la ley 1819 del 2016, articulo 237 parragrafo "a" teniendo en cuenta que estamos catalogados como microempresa.

RESOLUCION DIAN No 18764068342123 Vigente Desde:22/04/2024 Hasta:22/04/2025 Prefijo: JR Del 1974 al 50000

ADMIN			
Elaboró	Revisó	Fecha de Recibido	Aceptada y Recibida (Firma y Sello) C.C.

CufeCude: b34c367d967602220820c9cfa760be621 26b687e39ec0fdfa024afef1cf64d28eae6819242111b0b3885f4cb1dg3514ef – Fecha Validación: 24/08/2024 02:49:02 pm

FundECAD

322

FECHA: 24 de agosto del 2024

PARA: Coordinadora Hogar Divino Niño

DE: Representante Legal Fundecad

LA FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA FUNDECAD

ACTA DE ENTREGA

La suscrita representante Legal de la Fundación Fundecad, YAIZA FERRER MEZQUITA, mediante la presente acta, hace entrega de elemento de aseo para el Centro de Protección Hogar Divino Niño, a la señora Angela Encinales Ardila identificada con CC No 40.769.485 de Florencia Caquetá coordinadora de la institución.

No	ELEMENTOS	CANTIDAD
1	SUAVISANTE PARA ROPA	5
2	VINAGRE	3
3	BIDON DE LIMPIO X 20 lt	3
4	CLORO GRANULADO X500gm	3
5	PAPEL HIGIENICO SCOTT	40
6	JABON BARRA TIGRE X1000	8
7	LIMPIADOR PISO GALON X 3.800	6
8	JABON DE MANOS X1000ml	9
9	JABON AXION X850gr	8
10	SABRA POWER X UNIDAD	5
11	ESPONJILLAS TOP X 12	9
12	BOLSA BASURA FAMILIAR	12
13	BOLSA BASURA INDUSTRIAL	12
14	BOLSA BASURA INDUSTRIAL XL	12
15	GUANTE DOMESTICO PINTO	12
16	BULTO DE DETERGENTE	2

Para constancia de lo anterior se firma en el municipio de Valparaiso Caquetá, a los 24 dias del mes de agosto.

YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante Legal

ANGELA ENCINALES ARDILA
Coordinadora

REGISTRO FOTOGRAFICO







