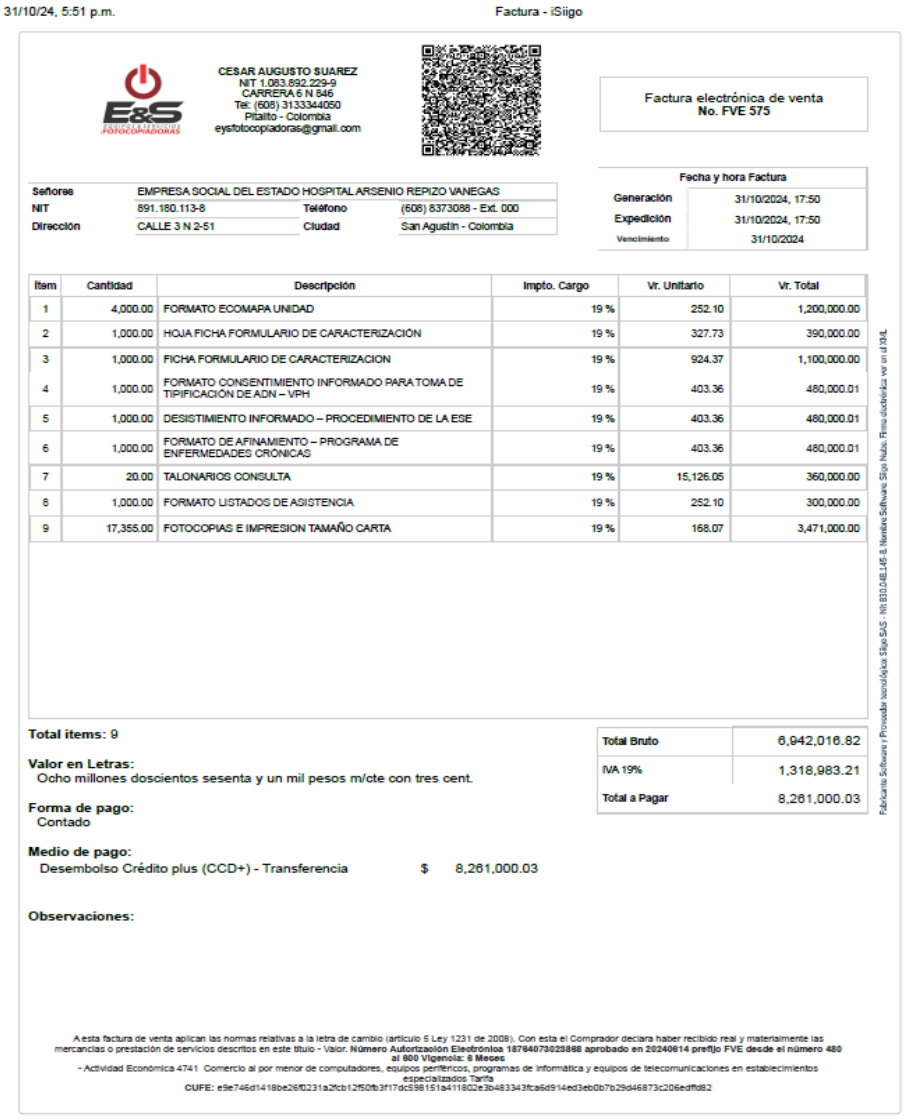
Pitalito 31 octubre de 2024

ESE HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS
GERENTE: ANGIE LORENA GASCA OME
NIT.891180113-8
SAN AGUSTÌN - HUILA

FACTURA



31/10/24, 5:51 p.m. Factura - iSiigo

CESAR AUGUSTO SUAREZ
NIT 1.083.892.229-9
CARRERA 6 N 846
Tel: (608) 3133344050
Pitalito - Colombia
eysfotocopiadoras@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FVE 575

Señores	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS		
NIT	891.180.113-8	Teléfono	(608) 8373088 - Ext. 000
Dirección	CALLE 3 N 2-51	Ciudad	San Agustín - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	31/10/2024, 17:50
Expedición	31/10/2024, 17:50
Vencimiento	31/10/2024

Ítem	Cantidad	Descripción	Impto. Cargo	Vr. Unitario	Vr. Total
1	4,000.00	FORMATO ECOMAPA UNIDAD	19 %	252.10	1,200,000.00
2	1,000.00	HOJA FICHA FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN	19 %	327.73	390,000.00
3	1,000.00	FICHA FORMULARIO DE CARACTERIZACION	19 %	924.37	1,100,000.00
4	1,000.00	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE TIPIFICACIÓN DE ADN – VPH	19 %	403.36	480,000.01
5	1,000.00	DESISTIMIENTO INFORMADO – PROCEDIMIENTO DE LA ESE	19 %	403.36	480,000.01
6	1,000.00	FORMATO DE AFINAMIENTO – PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	19 %	403.36	480,000.01
7	20.00	TALONARIOS CONSULTA	19 %	15,126.05	360,000.00
8	1,000.00	FORMATO LISTADOS DE ASISTENCIA	19 %	252.10	300,000.00
9	17,355.00	FOTOCOPIAS E IMPRESION TAMAÑO CARTA	19 %	168.07	3,471,000.00

Total items: 9

Total Bruto	6,942,016.82
IVA 19%	1,318,983.21
Total a Pagar	8,261,000.03

Valor en Letras:
Ocho millones doscientos sesenta y un mil pesos m/cte con tres cent.

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 8,261,000.03

Observaciones:

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 18764073023868 aprobado en 20240614 prefijo FVE desde el número 480 al 900 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 4741 Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de informática y equipos de telecomunicaciones en establecimientos especializados Tarifa
CUFE: e9e746d1418be26f0231a2fcb12f50fb3f17dc598151a411802e3b483343fca6d914ed3eb0b7b29d46873c206edffd82

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el 194.

SEGURIDAD SOCIAL

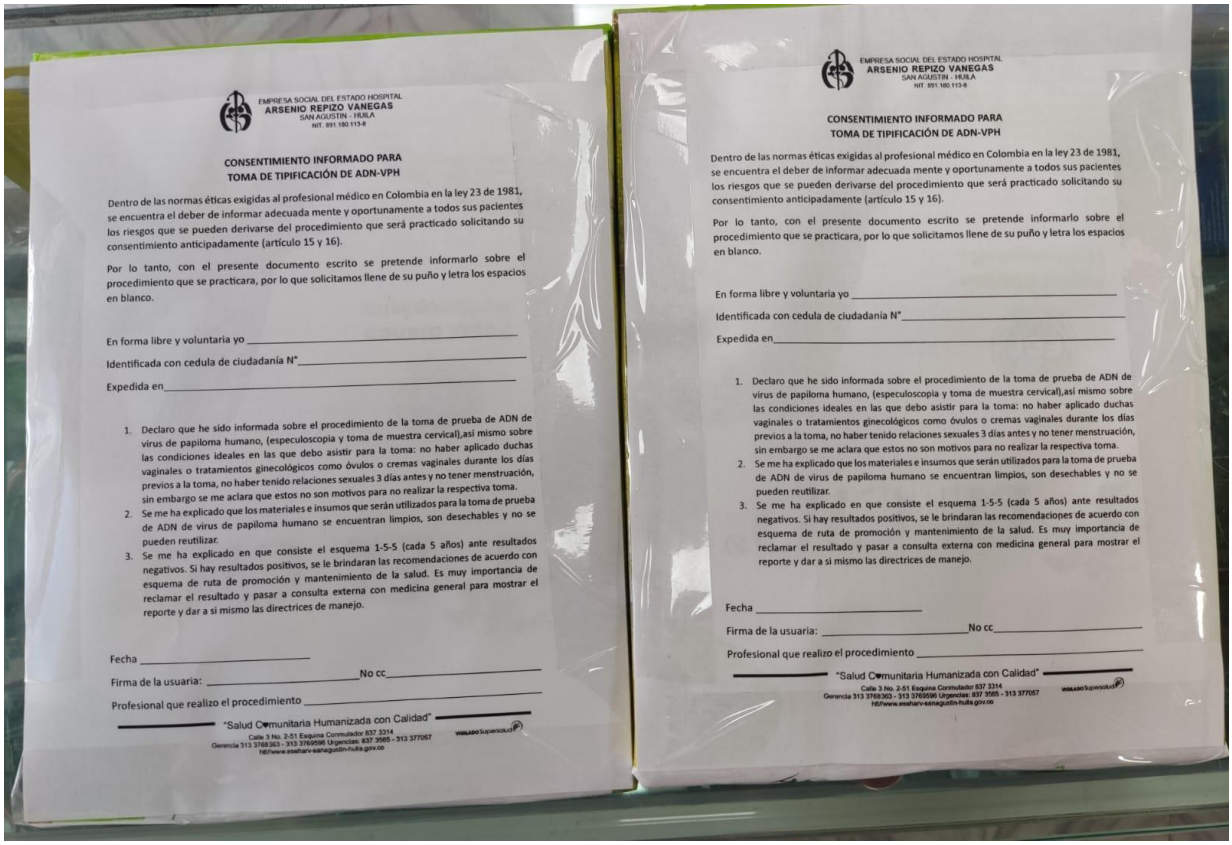
RAZÓN SOCIAL :	CESAR AUGUSTO SUAREZ CUBILLOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-1083892229
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-29
FECHA DE PAGO:	2024-10-29
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	31414466
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31414466
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.974.800	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 246.900	$ 250.700
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.974.800	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 316.000	$ 320.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.974.800	$ 0	$ 0	$ 400	$ 20.700	$ 21.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 9.000	$ 583.600	$ 592.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/11/2024

EVIDENCIAS



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN - HUILA
NIT. 891.180.113-8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TOMA DE TIPIFICACIÓN DE ADN-VPH

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada mente y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que se pueden derivarse del procedimiento que será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (artículo 15 y 16).

Por lo tanto, con el presente documento escrito se pretende informarlo sobre el procedimiento que se practicara, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

En forma libre y voluntaria yo _____

Identificada con cedula de ciudadanía N°_____

Expedida en_____

1. Declaro que he sido informada sobre el procedimiento de la toma de prueba de ADN de virus de papiloma humano, (especuloscopia y toma de muestra cervical),así mismo sobre las condiciones ideales en las que debo asistir para la toma: no haber aplicado duchas vaginales o tratamientos ginecológicos como óvulos o cremas vaginales durante los días previos a la toma, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes y no tener menstruación, sin embargo se me aclara que estos no son motivos para no realizar la respectiva toma.
2. Se me ha explicado que los materiales e insumos que serán utilizados para la toma de prueba de ADN de virus de papiloma humano se encuentran limpios, son desechables y no se pueden reutilizar.
3. Se me ha explicado en que consiste el esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos. Si hay resultados positivos, se le brindaran las recomendaciones de acuerdo con esquema de ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Es muy importancia de reclamar el resultado y pasar a consulta externa con medicina general para mostrar el reporte y dar a si mismo las directrices de manejo.

Fecha _____

Firma de la usuaria: _____No cc_____

Profesional que realizo el procedimiento _____

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3768363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3565 - 313 377057
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN - HUILA
NIT. 891.180.113-8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TOMA DE TIPIFICACIÓN DE ADN-VPH

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada mente y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que se pueden derivarse del procedimiento que será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (artículo 15 y 16).

Por lo tanto, con el presente documento escrito se pretende informarlo sobre el procedimiento que se practicara, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

En forma libre y voluntaria yo _____

Identificada con cedula de ciudadanía N°_____

Expedida en_____

1. Declaro que he sido informada sobre el procedimiento de la toma de prueba de ADN de virus de papiloma humano, (especuloscopia y toma de muestra cervical),así mismo sobre las condiciones ideales en las que debo asistir para la toma: no haber aplicado duchas vaginales o tratamientos ginecológicos como óvulos o cremas vaginales durante los días previos a la toma, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes y no tener menstruación, sin embargo se me aclara que estos no son motivos para no realizar la respectiva toma.
2. Se me ha explicado que los materiales e insumos que serán utilizados para la toma de prueba de ADN de virus de papiloma humano se encuentran limpios, son desechables y no se pueden reutilizar.
3. Se me ha explicado en que consiste el esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos. Si hay resultados positivos, se le brindaran las recomendaciones de acuerdo con esquema de ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Es muy importancia de reclamar el resultado y pasar a consulta externa con medicina general para mostrar el reporte y dar a si mismo las directrices de manejo.

Fecha _____

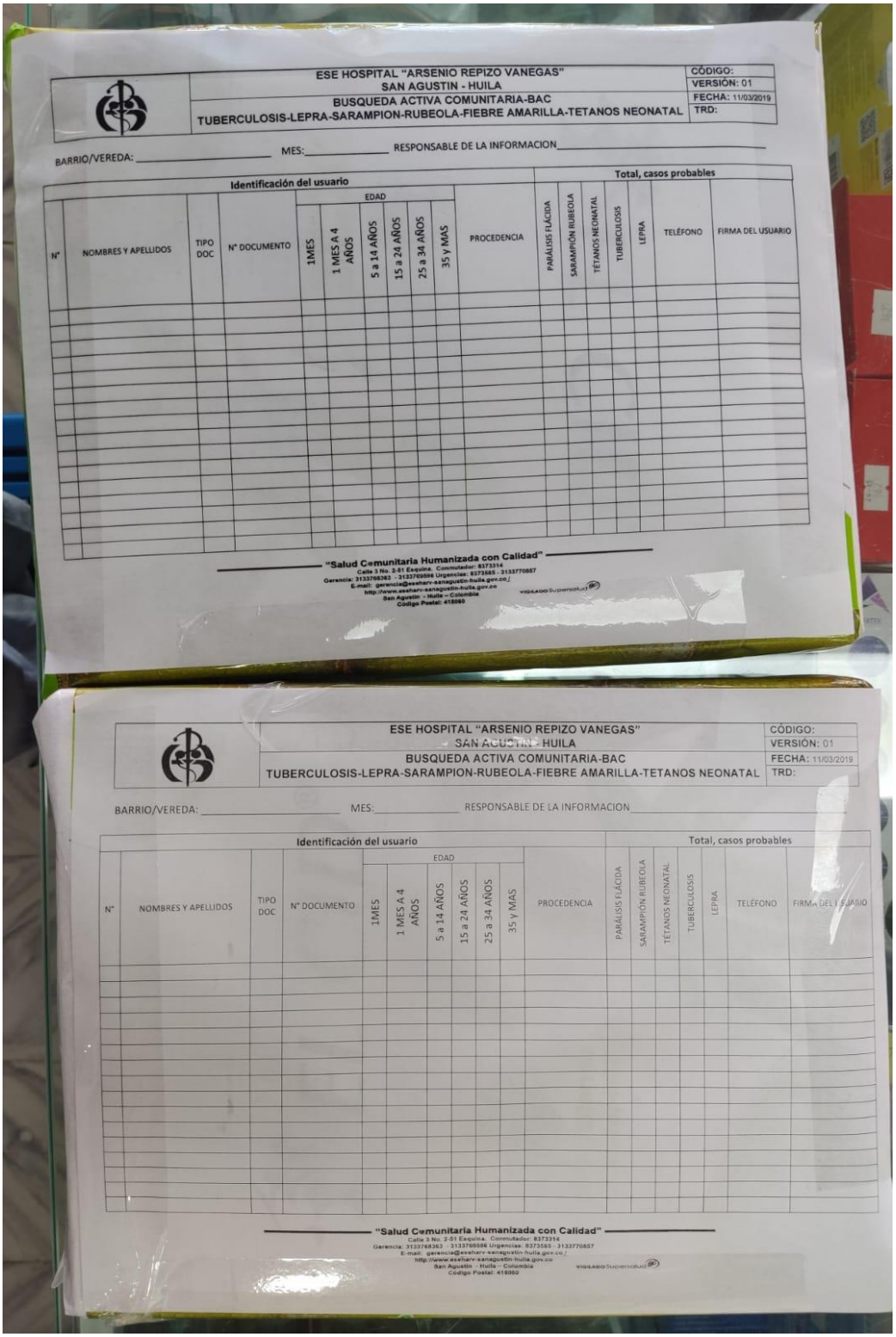
Firma de la usuaria: _____No cc_____

Profesional que realizo el procedimiento _____

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3768363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3565 - 313 377057
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



ESE HOSPITAL "ARSENIO REPIZO VANEGAS"
SAN AGUSTIN - HUILA
BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA-BAC
TUBERCULOSIS-LEPRA-SARAMPION-RUBEOLA-FIEBRE AMARILLA-TETANOS NEONATAL

CÓDIGO:
VERSIÓN: 01
FECHA: 11/03/2019
TRD:

BARRIO/VEREDA: _____ MES:_____ RESPONSABLE DE LA INFORMACION_____

Identificación del usuario											Total, casos probables						
				EDAD													
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	1MES	1 MES A 4 AÑOS	5 a 14 AÑOS	15 a 24 AÑOS	25 a 34 AÑOS	35 y MAS	PROCEDENCIA	PARÁLISIS FLÁCIDA	SARAMPIÓN RUBEOLA	TÉTANOS NEONATAL	TUBERCULOSIS	LEPRA	TELÉFONO	FIRMA DEL USUARIO

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"
Calle 3 No. 2-51 Esquina. Conmutador: 8373314
Gerencia: 3133768382 - 3133769586 Urgencias: 8373585 - 3133770857
E-mail: gerencia@esehary-sanagustin-huila.gov.co/
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co
San Agustin - Huila – Colombia
Código Postal: 418060
VIGILADO Supersalud

ESE HOSPITAL "ARSENIO REPIZO VANEGAS"
SAN AGUSTIN - HUILA
BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA-BAC
TUBERCULOSIS-LEPRA-SARAMPION-RUBEOLA-FIEBRE AMARILLA-TETANOS NEONATAL

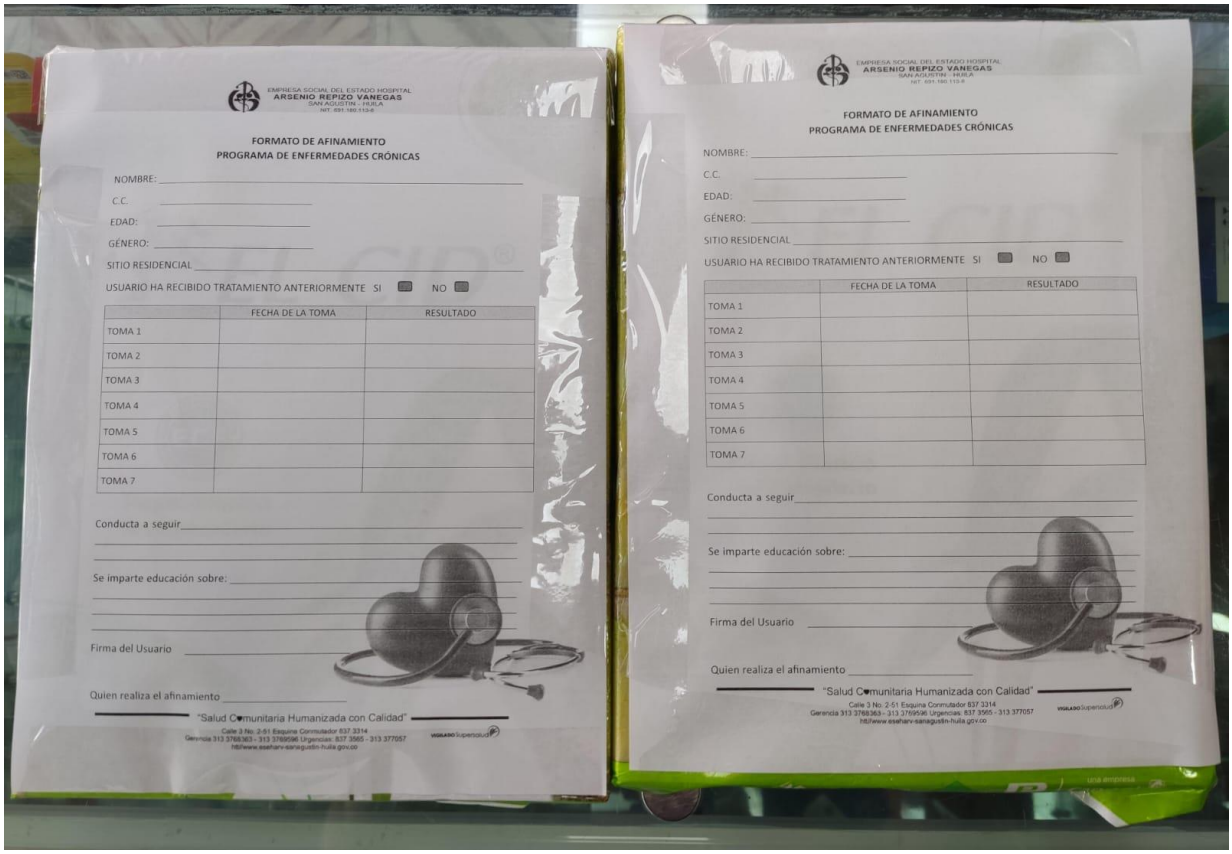
CÓDIGO:
VERSIÓN: 01
FECHA: 11/03/2019
TRD:

BARRIO/VEREDA: _____ MES:_____ RESPONSABLE DE LA INFORMACION_____

Identificación del usuario | Total, casos probables

N° | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOC | N° DOCUMENTO | EDAD: 1MES | 1 MES A 4 AÑOS | 5 a 14 AÑOS | 15 a 24 AÑOS | 25 a 34 AÑOS | 35 y MAS | PROCEDENCIA | PARÁLISIS FLÁCIDA | SARAMPIÓN RUBEOLA | TÉTANOS NEONATAL | TUBERCULOSIS | LEPRA | TELÉFONO | FIRMA DEL USUARIO

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"
Calle 3 No. 2-51 Esquina. Conmutador: 8373314
Gerencia: 3133768382 - 3133769586 Urgencias: 8373585 - 3133770857
E-mail: gerencia@esehary-sanagustin-huila.gov.co/
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co
San Agustin - Huila – Colombia
Código Postal: 418060
VIGILADO Supersalud



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN - HUILA
NIT. 691.180.113-6

FORMATO DE AFINAMIENTO
PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

NOMBRE: _____

C.C. _____

EDAD: _____

GÉNERO: _____

SITIO RESIDENCIAL _____

USUARIO HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTERIORMENTE SI ☐ NO ☐

	FECHA DE LA TOMA	RESULTADO
TOMA 1		
TOMA 2		
TOMA 3		
TOMA 4		
TOMA 5		
TOMA 6		
TOMA 7		

Conducta a seguir _____

Se imparte educación sobre: _____

Firma del Usuario _____

Quien realiza el afinamiento _____

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3768363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3565 - 313 377057
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co

VIGILADO Supersalud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN - HUILA
NIT. 691.180.113-6

FORMATO DE AFINAMIENTO
PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

NOMBRE: _____

C.C. _____

EDAD: _____

GÉNERO: _____

SITIO RESIDENCIAL _____

USUARIO HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTERIORMENTE SI ☐ NO ☐

	FECHA DE LA TOMA	RESULTADO
TOMA 1		
TOMA 2		
TOMA 3		
TOMA 4		
TOMA 5		
TOMA 6		
TOMA 7		

Conducta a seguir _____

Se imparte educación sobre: _____

Firma del Usuario _____

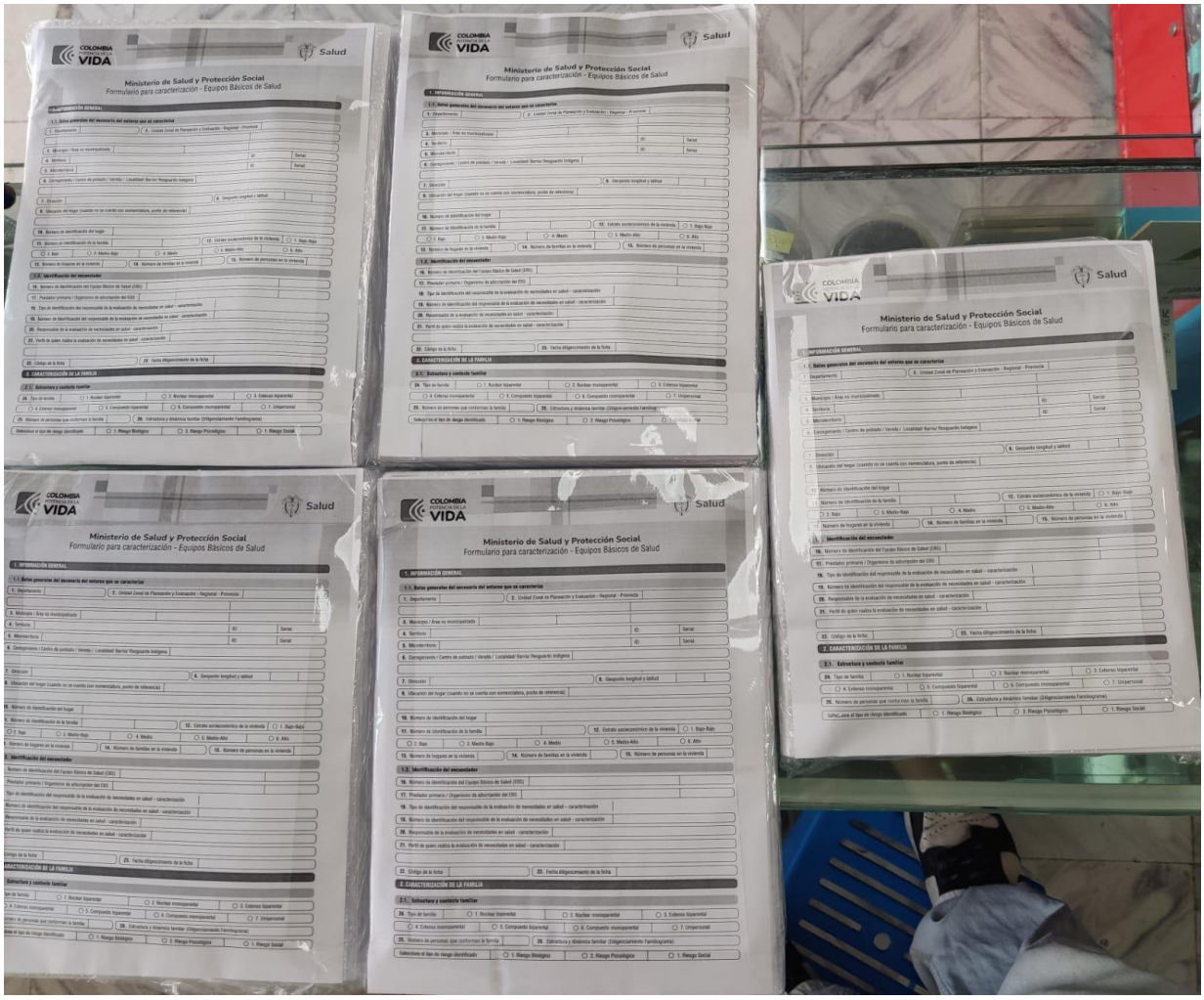
Quien realiza el afinamiento _____

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

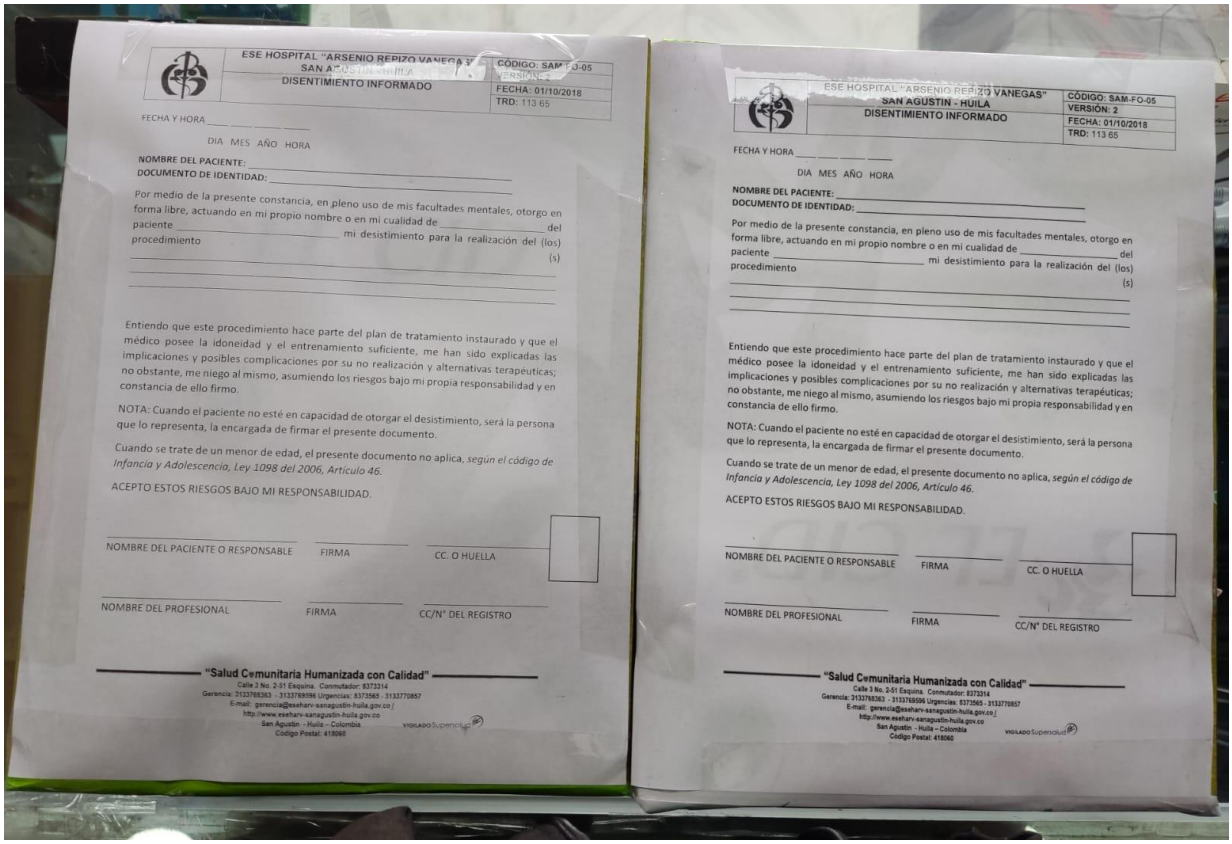
Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3768363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3565 - 313 377057
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co

VIGILADO Supersalud

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



ESE HOSPITAL "ARSENIO REPIZO VANEGAS"
SAN AGUSTIN - HUILA
DISENTIMIENTO INFORMADO

CÓDIGO: SAM-FO-05
VERSIÓN: 2
FECHA: 01/10/2018
TRD: 113 65

FECHA Y HORA _____
DIA MES AÑO HORA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre, actuando en mi propio nombre o en mi cualidad de _____ del paciente _____ mi desistimiento para la realización del (los) procedimiento (s)
_____
_____
_____

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el médico posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente, me han sido explicadas las implicaciones y posibles complicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo.

NOTA: Cuando el paciente no esté en capacidad de otorgar el desistimiento, será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

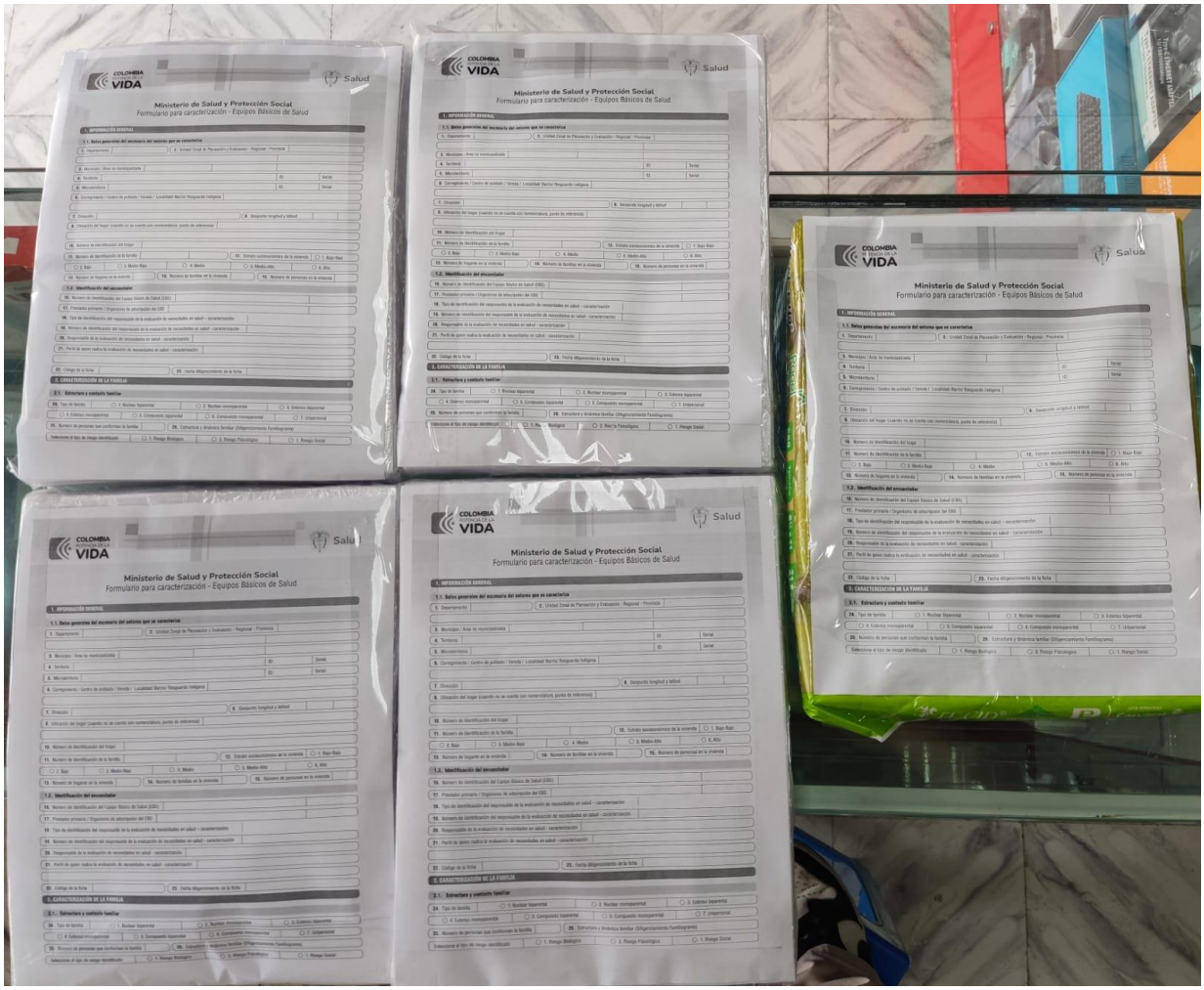
Cuando se trate de un menor de edad, el presente documento no aplica, *según el código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 del 2006, Artículo 46.*

ACEPTO ESTOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAD.

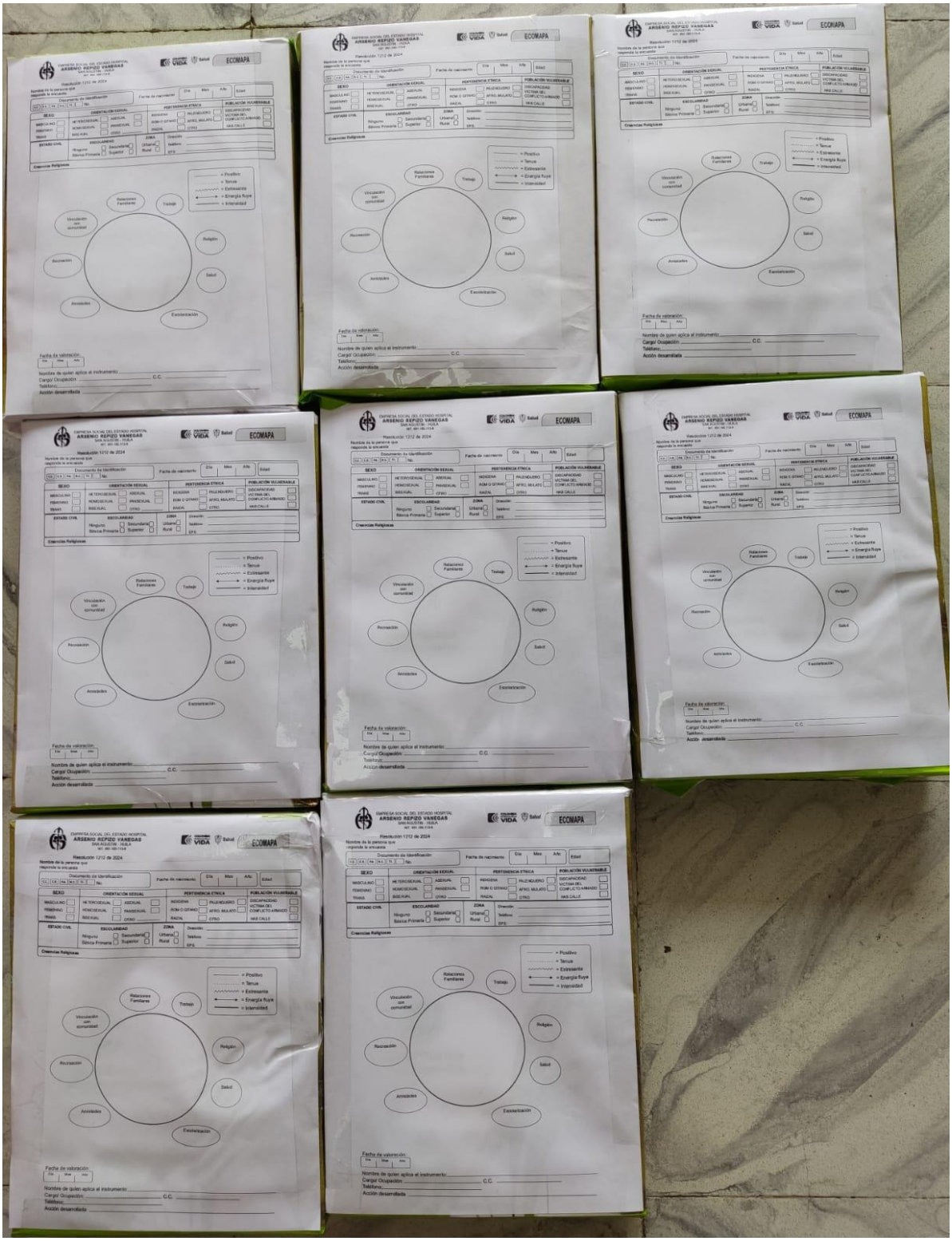
NOMBRE DEL PACIENTE O RESPONSABLE | FIRMA | CC. O HUELLA

NOMBRE DEL PROFESIONAL | FIRMA | CC/N° DEL REGISTRO

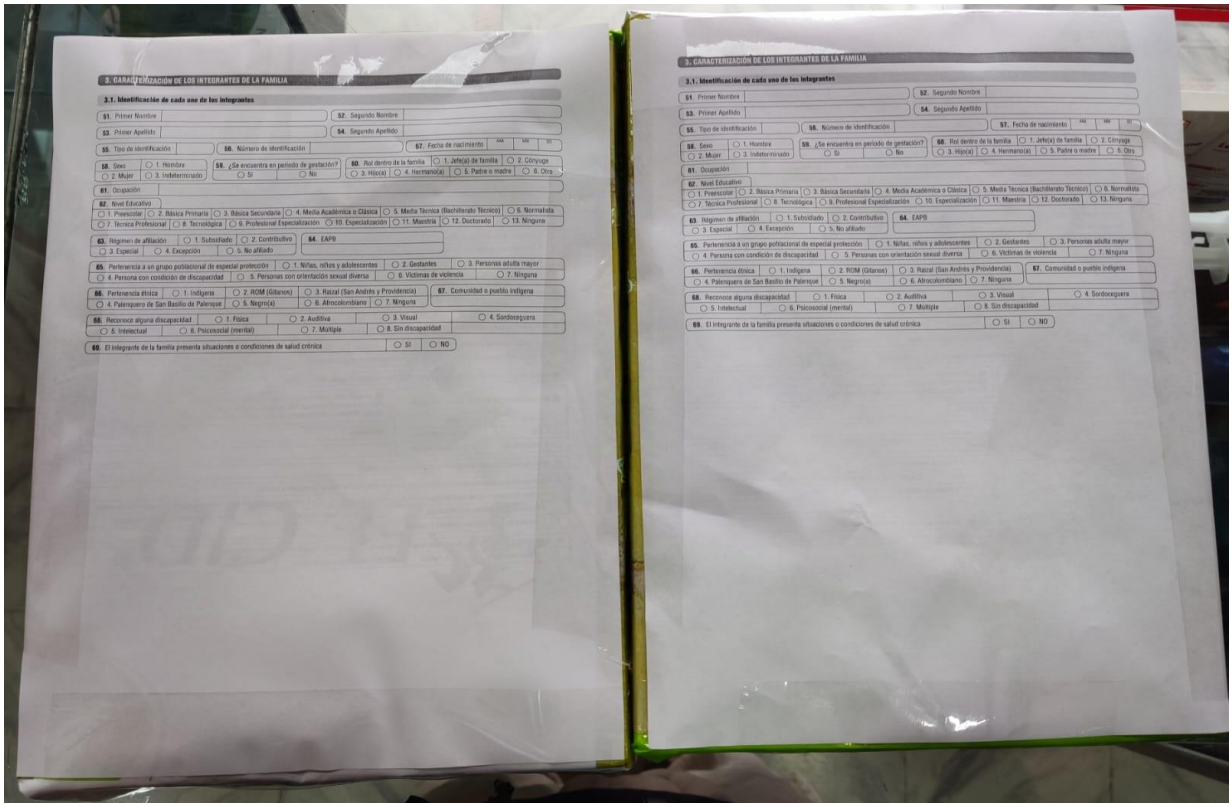
"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"
Calle 3 No. 2-51 Esquina. Conmutador: 8373314
Gerencia: 3133769363 - 3133769596 Urgencias: 8373565 - 3133770857
E-mail: gerencia@esehary-sanagustin-huila.gov.co /
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co
San Agustín - Huila – Colombia
Código Postal: 418060
VIGILADO Supersalud


COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
Salud
Ministerio de Salud y Protección Social
Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud
1. INFORMACIÓN GENERAL
2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS

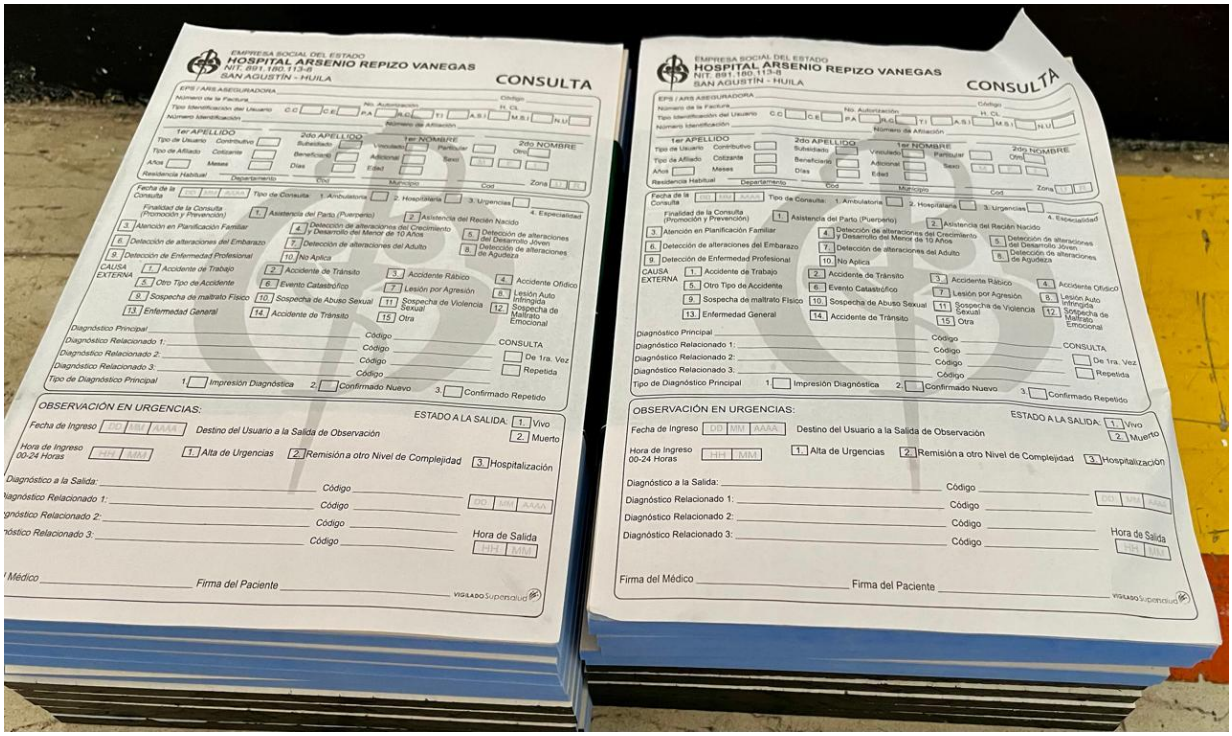


3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

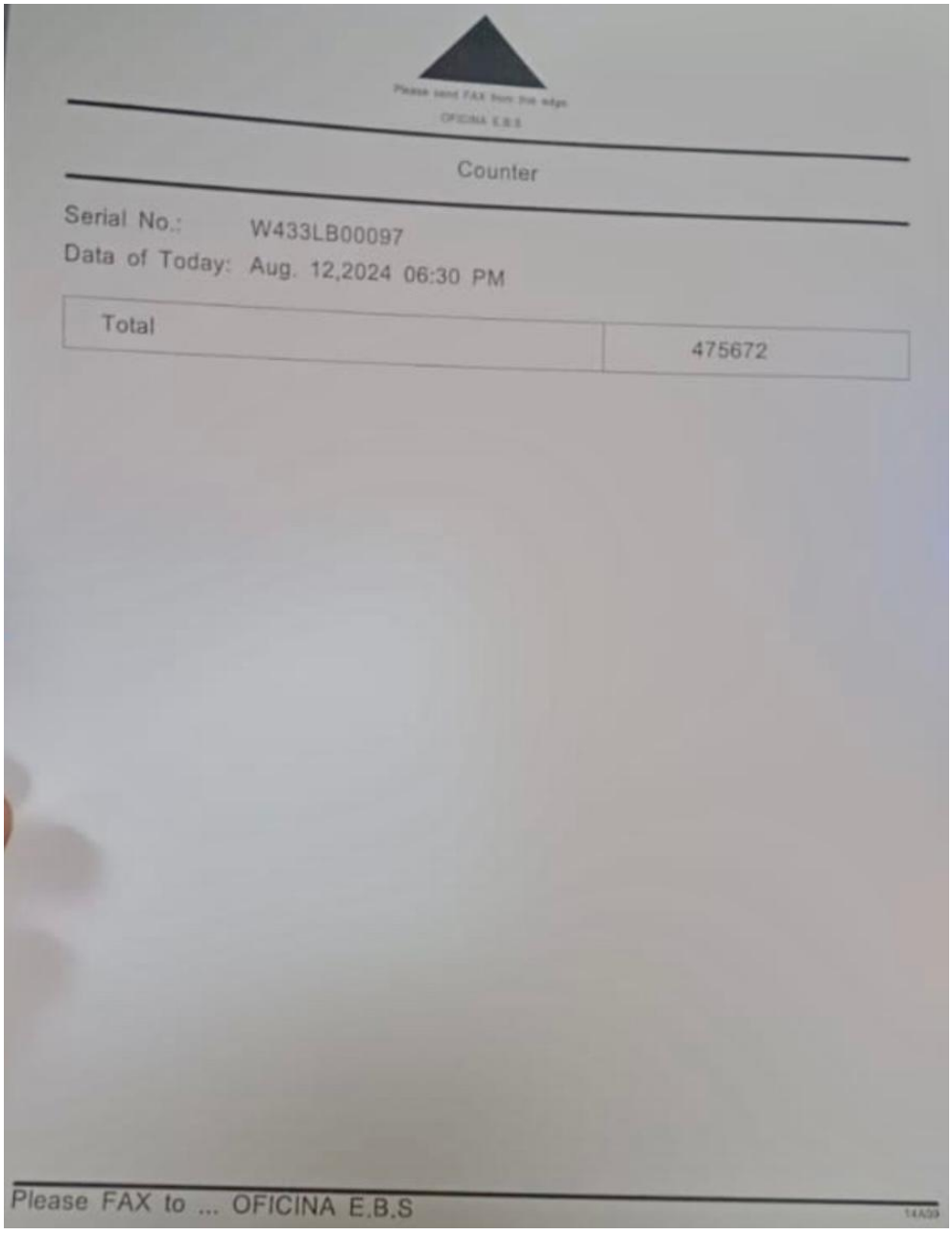
3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

51. Primer Nombre | 52. Segundo Nombre
53. Primer Apellido | 54. Segundo Apellido
55. Tipo de identificación | 56. Número de identificación | 57. Fecha de nacimiento (AA MM DD)
58. Sexo: 1. Hombre, 2. Mujer, 3. Indeterminado | 59. ¿Se encuentra en período de gestación? Si / No | 60. Rol dentro de la familia: 1. Jefe(a) de familia, 2. Cónyuge, 3. Hijo(a), 4. Hermano(a), 5. Padre o madre, 6. Otro
61. Ocupación
62. Nivel Educativo: 1. Preescolar, 2. Básica Primaria, 3. Básica Secundaria, 4. Media Académica o Clásica, 5. Media Técnica (Bachillerato Técnico), 6. Normalista, 7. Técnica Profesional, 8. Tecnológica, 9. Profesional Especialización, 10. Especialización, 11. Maestría, 12. Doctorado, 13. Ninguna
63. Régimen de afiliación: 1. Subsidiado, 2. Contributivo, 3. Especial, 4. Excepción, 5. No afiliado | 64. EAPB
65. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección: 1. Niñas, niños y adolescentes, 2. Gestantes, 3. Persona adulta mayor, 4. Persona con condición de discapacidad, 5. Personas con orientación sexual diversa, 6. Víctimas de violencia, 7. Ninguna
66. Pertenencia étnica: 1. Indígena, 2. ROM (Gitanos), 3. Raizal (San Andrés y Providencia), 4. Palenquero de San Basilio de Palenque, 5. Negro(a), 6. Afrocolombiano, 7. Ninguna | 67. Comunidad o pueblo indígena
68. Reconoce alguna discapacidad: 1. Física, 2. Auditiva, 3. Visual, 4. Sordoceguera, 5. Intelectual, 6. Psicosocial (mental), 7. Múltiple, 8. Sin discapacidad
69. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica: SI / NO

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



CORTE COPIAS E IMPRESIONES EBS 12/08/2024



Please send FAX from the edge.

OFICINA E.B.S

Counter

Serial No.: W433LB00097

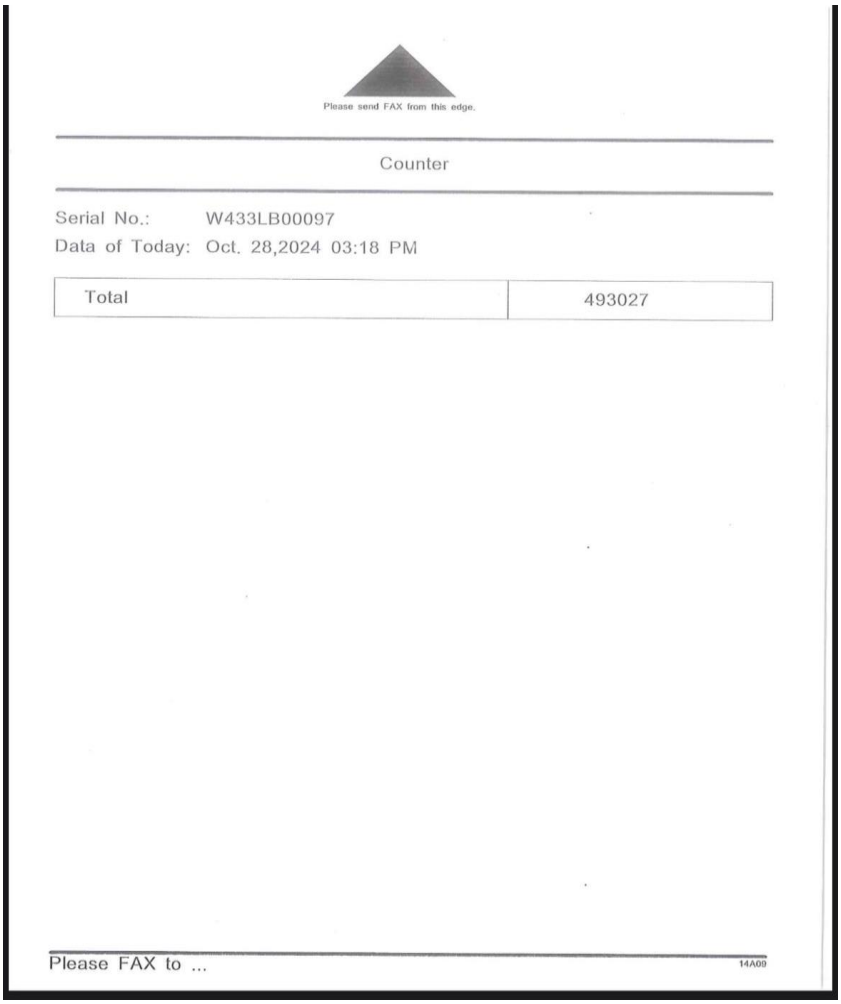
Data of Today: Aug. 12,2024 06:30 PM

Total	475672

Please FAX to ... OFICINA E.B.S

14A39

CORTE COPIAS E IMPRESIONES 28/10/2024



Please send FAX from this edge.

Counter

Serial No.: W433LB00097

Data of Today: Oct. 28,2024 03:18 PM

Total	493027

Please FAX to ...

14A09

TOTAL COPIAS E IMPRESIONES 17.355 UNID

Atentamente.

CESAR AUGUSTO SUAREZ


E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS