FECHA: 25 DE OCTUBRE 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 INICIAL DEL CONVENIO: CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($111.996.000,00) M/CTE
VALOR ADICIONAL: CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE
VALOR TOTAL: CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE
CDP INICIAL: 2024000289
RP INICIAL: 2024000371
CDP ADICIONAL: 2024000433
RP ADICIONAL: 2024000533

LISTA DE CHEQUEO	
Acta de recibo final	
Informe de contratista con soportes	
Informe de supervisión	
Factura electrónica	
Seguridad social	
Pólizas y aprobación	
Entradas y salidas	
Acta de liquidación	

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 PUBLICAS
SOTAQUIRÁ - BOYACÁ
28 OCT 2024
RECIBIDO
HORA 11:30a RADICADO

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

Formato CPptoC02

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Número: 2024000433

El suscrito Secretario de Hacienda y Finanzas Públicas, certifica que en la fecha existe saldo presupuestal libre de afectación para respaldar el siguiente compromiso:

Fecha: 06/09/2024

CUENTA	NOMBRE	Valor
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y personales / R.B. Estampillas / INCLUSIONSOCIALYRECONCILIACION / Atencionintegraldepoblacionensituacionpermanentededesproteccionsocialy/ofamiliar / Intersubsectorial Desarrollo Social / Serviciodeatencionyproteccion	55,064,700.00
	Total Disponibilidad:	55,064,700.00

CONCEPTO: ADICION No. 001 AL 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 POBLACIÒN VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRÀ BOYACÁ"

Se expide en SOTAQUIRA a los 6 dias del mes de Septiembre de 2024

GLADYS CEIRA NIÑO OCHOA
Secretario de Hacienda y Finanzas Públicas

Elaborado por: GLADYSNIÑO

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DPTO DE BOYACA
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA
NIT 891 801 061-1
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 / Atencionintegraldepoblacionensituacionpermanentededesprotecionsocialy/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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DPTO DE BOYACA
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA
NIT 891.801.061-1
DIR CRA 7 No. 6-64
TEL 7873021/21.

Formato PptoC01

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO

NUMERO: **2024000533**

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: 12/09/2024

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	2024000433	55,064,700.00	0.00
			Total Reserva:	55,064,700.00	0.00

OBJETO ADICION No. 001 AL 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 POBLACIÒN VULNERABLE A TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINSTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRÀ BOYACÁ"

Tipo de contratación:

Número del Contrato:

Objeto Contratacion:

Se expide en SOTAQUIRA a los 12 dias del mes de Septiembre 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.

ADICIONAL Y PRORROGA NO. 01, AL 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.

ADICIONAL Y PRORROGA NO.1	**ADICIONAL Y PRORROGA NO. 01, AL 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**
FECHA DEL CONVENIO	02 DE JULIO DE 2024
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE SOTAQUIRA
VALOR CONTRATO INCIAL	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($111.996.000,00) M/CTE
VALOR A ADICIONAR NO. I.	CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE
VALOR TOTAL CON ADICIONAL	CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE
PLAZO/DURACIÓN	CUATRO (04) MESES
PRORROGA No. 01	VEINTE (20) DÍAS
NUEVO PLAZO	CUATRO MESES Y VEINTE (20) DIAS

FECHA DEL ADCIONAL	12/09/2024
SUPERVISOR	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL AGROPECUARIO Y TURISTICO

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SOTAQUIRÁ
REPRESENTANTE LEGAL	SALOMON BUITRAGO FONSECA.
CARGO	ALCALDE MUNICIPAL.

CONTRATISTA	ASOCIACIÓN RESTAURANDO HUELLAS NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO

CDP ADICIONAL	2024000433 DE FECHA 06 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Entre los suscritos a saber SALOMON BUITRAGO FONSECA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.263.425 DE BOGOTA D.C, mayor de edad y vecino de este municipio, quien obra en representación legal del MUNICIPIO DE SOTAQUIRÁ - BOYACÁ, actuando como alcalde, facultado por la Ley 80 de 1993 artículo 2, quien para todo efecto se llamará en adelante el MUNICIPIO como CONTRATANTE por una parte y por la otra la **ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS CON NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO**, quien en adelante se denominará el CONTRATISTA, hemos acordado celebrar la presente ADICIONAL Y PRORROGA NO 01 Al convenio de asociación ESAL-005-2024, previo las siguientes consideraciones: **1).** Que con fecha del dos (02) día del mes de Julio de dos mil veinticuatro (2024) se firmó convenio **ESAL-005-2024** 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 SOTAQUIRABOYACA** de conformidad con las condiciones, características y especificaciones señaladas en los estudios

previos y la propuesta presentada por el contratista. **2).** Que, con esta adición en recursos y tiempo la administración busca agilizar el trámite dentro de la administración pública, por lo que no es dable la exigencia de requisitos formales innecesarios, comporta por tanto la diligencia y agilidad en el cumplimiento de las actividades, tareas y funciones a cargo de las entidades estatales y de sus servidores públicos que permitan prontamente satisfacer las necesidades de los administrados y el cumplimiento de los fines del Estado 43 (Corte Suprema de Justicia, 2008) **3).** En virtud del principio de economía las normas que fijan los procedimientos se utilizan para agilizar las decisiones, así mismo los procedimientos se deberán adelantar en el menor tiempo y con la menor cantidad de gastos de quienes intervienen en ellos. **4).** Que el Municipio mediante **CDP N. 2024000433 DE 06 DE SEPTIEMBRE DE 2024** Garantiza el pago del adicional y prorroga No. 001 por un valor de CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE **5)**Que así las cosas, se hace necesario adicionar en tiempo y en valor al contrato inicial de la siguiente manera: **CLAUSULA PRIMERA**: OBJETO. ADICION Y PRORROGA No. 01 EN VALOR Al convenio de asociación ESAL-**005-2024** QUE TIENE POR 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 SOTAQUIRABOYACA. CLAUSULA SEGUNDA.** Adicionar a la cláusula tercera del convenio inicial, en un valor de CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE PARA UN VALOR TOTAL CON ADCIONAL DE CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE.

EL VALOR ADICIONAL ESTA DISCRIMINADO DE LA SIGUIENTE MANERA:

Servicio ley 1276/2009	Descripción	Cantidad Prótesis	Unidad	Valor unitario a adicionar	Valor Total.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (ODONTOLOGÍA) PROTESIS DENTALES PARCIALES (INCLUYE FOCALIZACION DE LA POBLACION ADULTA MAYOR, ELABORACION DE PROTESIS DENTALES, SUMINISTRO Y EDUCACION EN SALUD ORAL	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.	59	Unidad	$933.300	$55.064.700

TOTAL ADICIONAL					$55.064.700

Para respaldar el valor adicional el municipio cuenta con el certificado de disponibilidad presupuestal No.

CDP	RUBRO	VALOR
2024000433	2.3.2.02.02.009 Servicios para la comunidad, sociales y personales /R.B Estampillas / INCLUSIONSOCIALYRECONCILIACION / atencionintegraldepoblacionensituacionpermanente Dedesproteccionsocialy/ofamiliar / Intersubsectorial Desarrollo social / Centrosdeproteccionsocialdedi	$55.064.700

CLAUSULA TERCERA: PLAZO DE EJECUCIÓN: Adicionar la cláusula quinta del convenio inicial, 20 días teniendo como plazo total cuatro (04) meses y veinte (20) días.

CLAUSULA CUARTA FORMA DE PAGO: el Municipio desembolsará a la entidad sin ánimo de lucro el valor del aporte en pagos parciales de acuerdo con las actividades efectivamente ejecutadas y avaladas por el supervisor del convenio una vez efectuado un avance de ejecución técnica, para lo cual la ESAL le presentará al supervisor del convenio un informe de ejecución de actividades que demuestre el avance técnico, así como los soportes financieros de la ejecución presupuestal realizada.

Para realizar los aportes el contratista debe presentar la siguiente documentación:

- Planilla de pagos al sistema de seguridad social integral
- Factura o cuenta de cobro según corresponda

- Informe de cumplimiento de obligaciones pactadas una a una que debe contener (avance por proceso y por usuario, con plan de manejo y observaciones generales y específicas).
- Certificación de cumplimiento y recibido a satisfacción.
- Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista respecto a los pagos al sistema de seguridad social integral.

PARÁGRAFO 1: En el evento en que se suspenda el servicio por causa de huelga, paro o cese colectivo de actividades, EL MUNICIPIO, no reconocerá ningún costo por los días en que se dejó de prestar el servicio.

PARAGRAFO 2: El saldo de los recursos aportados por el Municipio para el presente CONVENIO que no hubieren sido ejecutados por el Operador durante el periodo de vigencia del presente CONVENIO deberán ser devueltos y consignados por parte del contratista al tesoro municipal, cuando a ello hubiere lugar; igualmente los rendimientos generados por los dineros desembolsados por parte del Municipio, deberán ser consignados mensualmente al tesoro Municipal.

PARAGRAFO 3: Queda entendido que el Operador solo comprometerá los valores requeridos para la debida ejecución del CONVENIO, y, en consecuencia, su ejecución no genera beneficio económico alguno para el Operador.

PARAGRAFO 4: En el evento de que algún pago sea objeto del proceso de Pasivo Exigible, la duración de este trámite presupuestal no ocasionará ningún tipo de responsabilidad, ni interés por parte de Municipio en favor del asociado.

Documentos a presentar:

- Informe de ejecución del convenio, con sus respectivos soportes
- Recibo a satisfacción por parte del supervisor del Convenio
- Certificación paz y salvo parafiscales.
- Factura o cuenta de cobro

Soportes que serán verificados por el supervisor del convenio quien dispondrá dar el recibido a satisfacción y por ende la liquidación y terminación del mismo.

Para proceder al pago la entidad Contratada deberá presentar en debida forma cada uno de los documentos que con anterioridad se especificaron. Si la factura no ha sido correctamente elaborada y no es posible su corrección por parte del proponente o no se acompañan los documentos requeridos, el término para el pago sólo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del asociado y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza del convenio previa suscripción del acta final de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor designado en el convenio donde se especifique el cumplimiento de las actividades y obligaciones asumidas.

CLAUSULA QUINTA: ampliar las garantías del convenio inicial ESAL N 005-2024

GARANTÍAS E INDEMNIDAD: De conformidad con lo preceptuado por el decreto 1082 de 2015 y a fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente adicional la ASOCIACIÓN RESTAURANDO HUELLAS NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO. debe **AMPLIAR** las garantías en el valor y el tiempo del adicional y prorroga a favor del Municipio de Sotaquirá (Boyacá), que podrá consistir en un Contrato de seguro contenido en una póliza, un Patrimonio autónomo o una Garantía Bancaria, que otorgue los siguientes amparos:

COBERTURA EXIGIDA	SI	NO	CUANTÍA	VIGENCIA
Cumplimiento general del Convenio	X		Veinte por ciento (20%) del valor total del Convenio	Duración del Convenio y cuatro (04) meses más
Calidad del servicio	X	☐	Veinte por ciento (20%) del valor total del Convenio	Duración del Convenio y Cuatro (04) meses más
Salarios, prestaciones e indemnizaciones	X	☐	Cinco por ciento (5%) del valor total del Convenio	Duración del Convenio y tres (3) años más.

Responsabilidad Civil Extracontractual	X	☐	200 SMMLV.	La vigencia de esta garantía se otorgará por todo el período de ejecución del Convenio.

CLAUSULA SEXTA - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES: Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales no modificadas por el presente acuerdo, permanecen vigentes, así como su exigibilidad.

CLAUSULA SEPTIMA – PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: la presente adición se considera perfeccionado con la suscripción de la misma por las partes, amplio de las garantías y expedición del registro presupuestal.

Para constancia se firma en Sotaquirá, a los doce (12) días del mes de septiembre de dos mil veinticuatro (2024) por los que intervinieron.

SALOMON BUITRAGO FONSECA ALCALDE MUNICPAL	ASOCIACIÓN RESTAURANDO HUELLAS NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO **CONTRATISTA**

Proyecto: Carlos Javier Arias Plazas
Reviso y Aprobó : Carlos Javier arias plazas -Director Administrativo de Contratación
Reviso y Aprobó : Jonathan Camilo González Sánchez-Asesor Jurídico Contratación

ACTA DE RECIBO FINAL

FECHA PRESENTE ACTA	18 DE OCTUBRE DE 2024
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
VALOR CONTRATO INCIAL	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS $111.996.000,00) M/CTE
VALOR ADICIONAL NO. 1.	CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE
VALOR TOTAL CON ADICIONAL	CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE
PLAZO INICIAL	Cuatro (04) MESES
PLAZO ADICIONAL	VEINTE (20) DIAS
PLAZO TOTAL	CUATRO (04) MESES Y VEINTE (20) DIAS
ENTIDAD CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SOTAQUIRA
NIT N°	891.801.061-1
REPRESENTANTE LEGAL	SALOMON BUITRAGO FONSECA
IDENTIFICACIÓN	79.263.425 de Bogotá
CONTRATISTA	ASOCIACION 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
FECHA DE INICIO	04 DE JULIO DE 2024
PERIODO DE PAGO	29 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 17 DE OCTUBRE DE 2024
PLANILLA	PENSION SEPTIEMBRE SALUD OCTUBRE

	9475276324
CDP CONTRATO INICIAL	2024000289 DE FECHA 13 DE JULIO DE 204
RP CONTRATO INICIAL	2024000371 DEL 02 DE JULIO DE 2024
CDP ADICIONAL:	2024000433 DEL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2024
RP ADICIONAL:	2024000533 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2024

En Sotaquirá Boyacá, a los dieciocho(18) días del mes de octubre de 2024, entre los suscritos a saber, **MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL AGROPECUARIO Y TURISTICO,** designada como supervisora por parte del Municipio, por una parte y por la otra **ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS con NIT: 901063754-3,representado legalmente por MARIA MIREYA GARCIA PACHECO identificada con cedula de ciudadanía 23.315.988 de Arcabuco,** quien para efectos de este contrato se denominará la (el) **CONTRATISTA,** hemos acordado en celebrar la presente **ACTA DE RECIBO FINAL** al contrato de la referencia, según la siguiente relación:

FECHA REAL DE TERMINACION DEL CONTRATO	**17 DE OCTUBRE DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**111.996.000,00**
ADICIONAL N.001	**$ 55.064.700**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 167.060.700**
VALOR EJECUTADO	**$ 167.060.700**
SALDO SIN EJECUTAR	**$ 0,00**

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 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.	**$111.996.000**	**$ $111.996.000**	**$ 0**	**$ 0**
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y personales /R.B Estampillas / INCLUSIONSOCIALYRECONCILIACION / atencio nintegral de población en situación permanente De desprotección social y/ o	**$ 55.064.70 0**	**$0**	**$ 55.064.700**	**$ 0**

	familiar / Intersubsectorial Desarrollo social / Centros de protección social				
TOTAL		**$167.060.700**	**$$111.996.000**	**$55.064.700**	**$0**

Una vez realizada la verificación el objeto contractual, se constató que, a la fecha, se ejecutó el 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, en un 100 por ciento.

En constancia se firma a los dieciocho (18) días del mes de octubre de 2024.

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL AGROPECUARIO Y TURÍSTICO **SUPERVISOR**	**ASOCIACIÓN RESTAURANDO HUELLAS** NIT. 901063754-3 RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO **CONTRATISTA**

Reviso y aprobó: MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ -secretaria de desarrollo social agropecuario y turístico

INFORME ACTA DE LIQUIDACION	
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
ADICIONAL No. 1	CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE
PRORROGA No. 1	VEINTE (20) DÍAS
VALOR TOTAL CON ADICION:	CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE
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 13 de septiembre de 2024 a 17 de octubre 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 desarrolló con el siguiente cronograma:

- **Del 13 SEPTIEMBRE DE 2024 A 28 DE SEPTIEMBRE** **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 13 DE SEPTIEMBRE AL 11 DE OCTUBRE DE 2024** **ELABORACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES** **- TOMA DE IMPRESIONES** **- REGISTROS** **- ELABORACIÓN DE PRÓTESIS**	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 20 Impresiones Dentales • Registros • Prueba de enfilados 20 prótesis dentales. • Elaboración de 20 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 20 prótesis dentales cosméticas y ajustes.
17 DE OCTUBRE DE 2024 **18 DE OCTUBRE 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 20 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	**ACTA N° 1**: Entrega y adaptación 100 prótesis dentales cosméticas a los adultos mayores beneficiarios del Municipio De Sotaquira.

	ACTA N° 2 Entrega y adaptación 20 prótesis dentales cosméticas a los adultos mayores beneficiarios del Municipio De Sotaquira **ACTA DE LIQUIDACION** Entrega y adaptación 59 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 a la fecha: 179** **Total adultos mayores beneficiados: 98** Los cuales fueron beneficiados con una prótesis superior *y/o prótesis inferior, según la necesidad de cada* beneficiario, teniendo en cuanta que para lograr una óptima rehabilitación con prótesis dentales en algunos casos es necesario elaborar y adaptar las dos prótesis dentales.

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.

LISTA DE BENEFICIARIOS MUNICIPIO DE SOTAQUIRA 2024

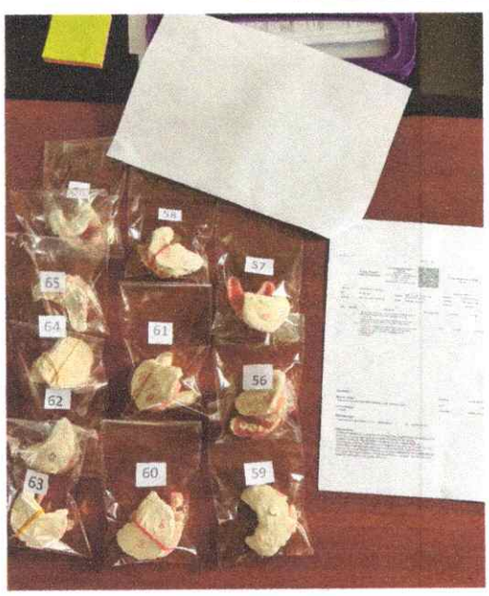
ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	SISBEN	PROTESIS DENTALES SUPERIOR Y/O INFERIOR
66	Rosa María Machuca	24124802	A2	1
67	Elizabeth Villalba Salamanca	51.657.396	B1	2
68	Pureza del Carmen Soto	24125542	B3	2
69	María Aurora Salamanca	24.124.665	B5	2
70	Odilia morales de García	40.008.268	B5	2
71	Estela Palacios Palacios	51.872.472	A2	2
72	Pedro Antonio machuca Riaño	19.341.856	B2	2
73	Bárbara Rodríguez de Machuca	24.124.672	B2	2
74	Luis Efraín Sandoval	6.753.152	A4	2
75	Hermelinda Suárez Luis	40.024.200	A3	2
76	Teresa de Jesús Ávila	24.124.825	B6	2
77	Martha Cecilia Vargas Fuquen	51.731.754	D1	2
78	José Arturo Barón Riaño	4.111.721	A5	2
79	María del Carmen Álvarez	24.124.639	A5	2
80	José Cenobio Bautista	6.750.264	A3	2
81	Dagoberto Rodríguez Vargas	6.762.981	B7	2
82	Marleny Mayorga González	24.125.430	B7	1
83	Pedro Pablo Cifuentes Hidalgo	1'056.572.405	B2	1
84	Beatriz Rosas Pulido	24.124.870	C8	2
85	María Cecilia Galvis	24.124.612	A4	2
86	ANULADO			
87	Jairo Suarez Hernandez	6.766.692	B7	2
88	Alcira Avendaño Mayorga	23.271.089	B2	2
89	José Miguel Pineda Ochoa	7.217.973	C2	2
90	Armando Ramírez	6.765.396	B1	2

91	Ramón Rodríguez Bustamante	4.264.654	A4	2
92	María Emilia León Aguilar	23.332.897	A3	2
93	Nilsa del Carmen Pérez Vega	51.840.922	B3	1
94	Isidro Galvis Rodríguez	19.342.335	B3	2
95	José Jairo Montañés Pulido	6.753.593	A1	2
96	Ilba Erlinda Corredor	39.653.242	B2	2
97	María Gladys Figueredo	23.855.959	A3	1
98	Eudocia Galvis	24.124.666	A4	1
99	Gloria amparo Camargo Cuchia	24.124.484	B5	1
Total Prótesis Dentales				59

Anexos:

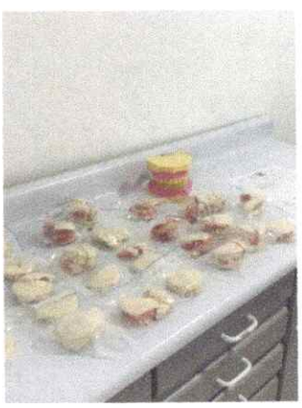
- ✓ Hojas de inscripción
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Recibo a satisfacción de la prótesis dental
- ✓ Cedula de ciudadanía
- ✓ Entrada y salida de almacén 59 prótesis con su respectiva factura



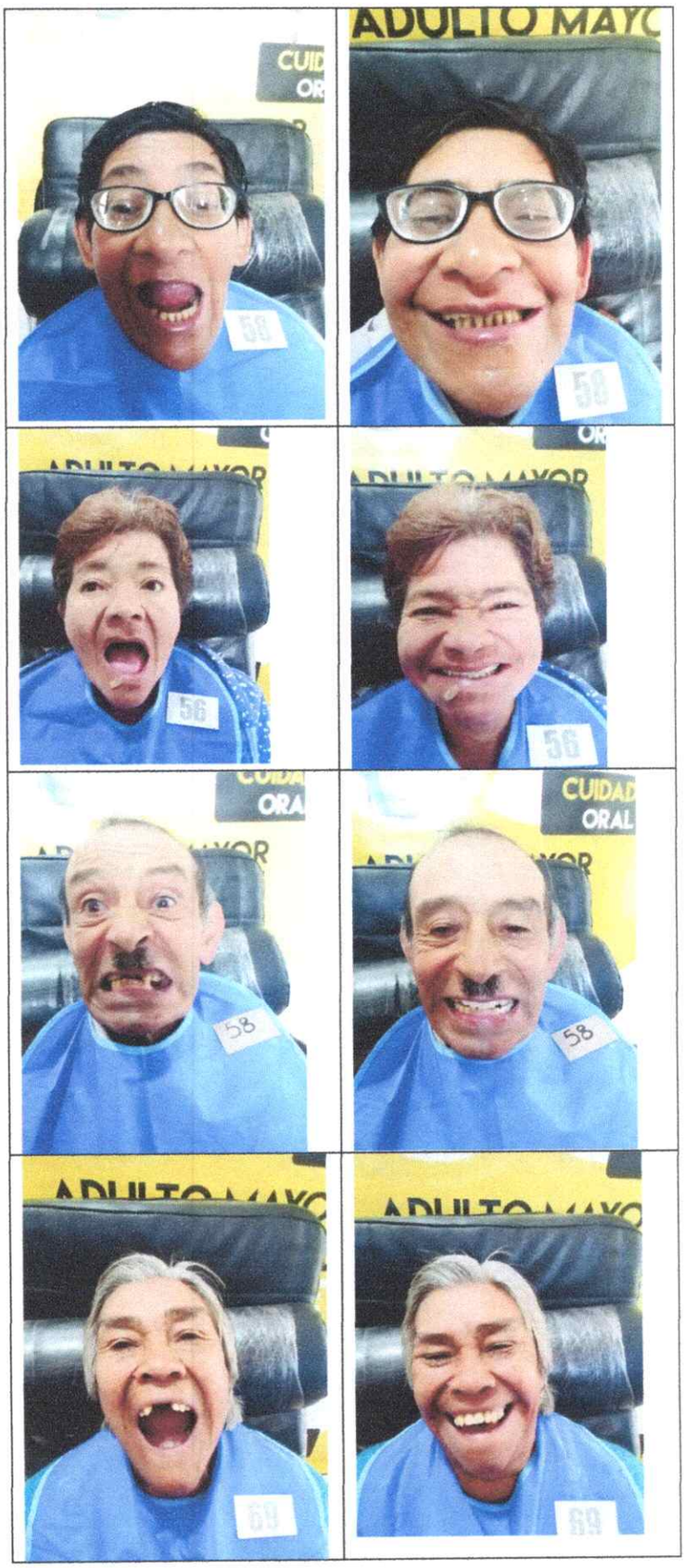








Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com

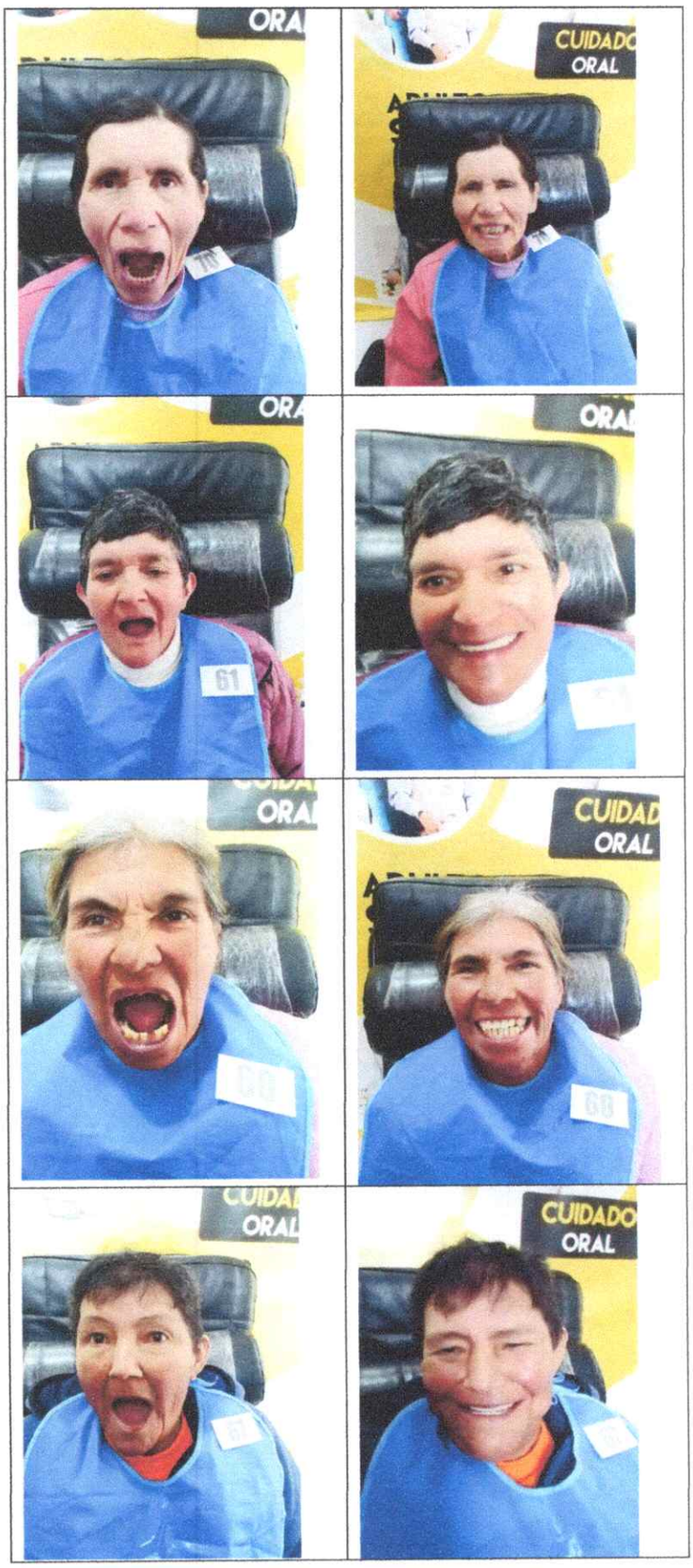


Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com

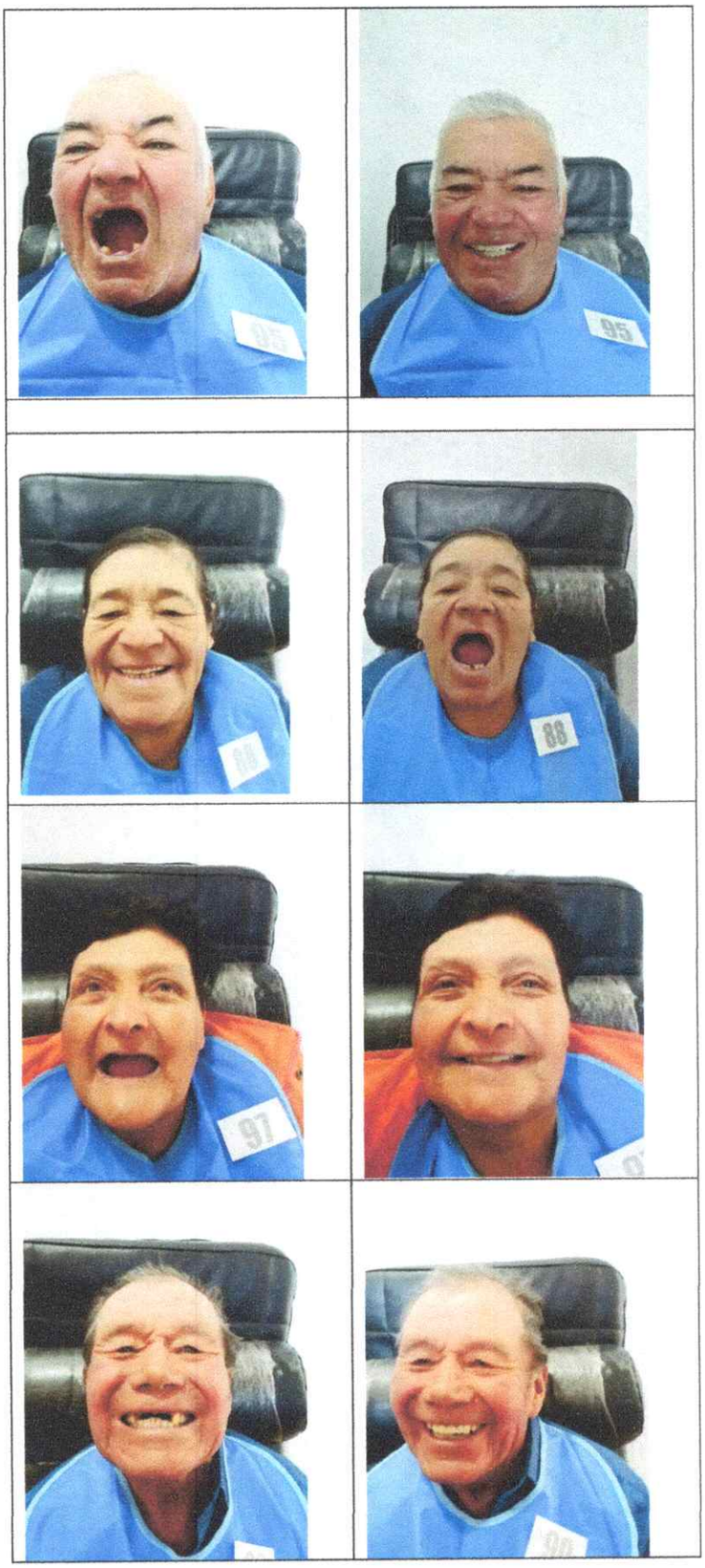


Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com

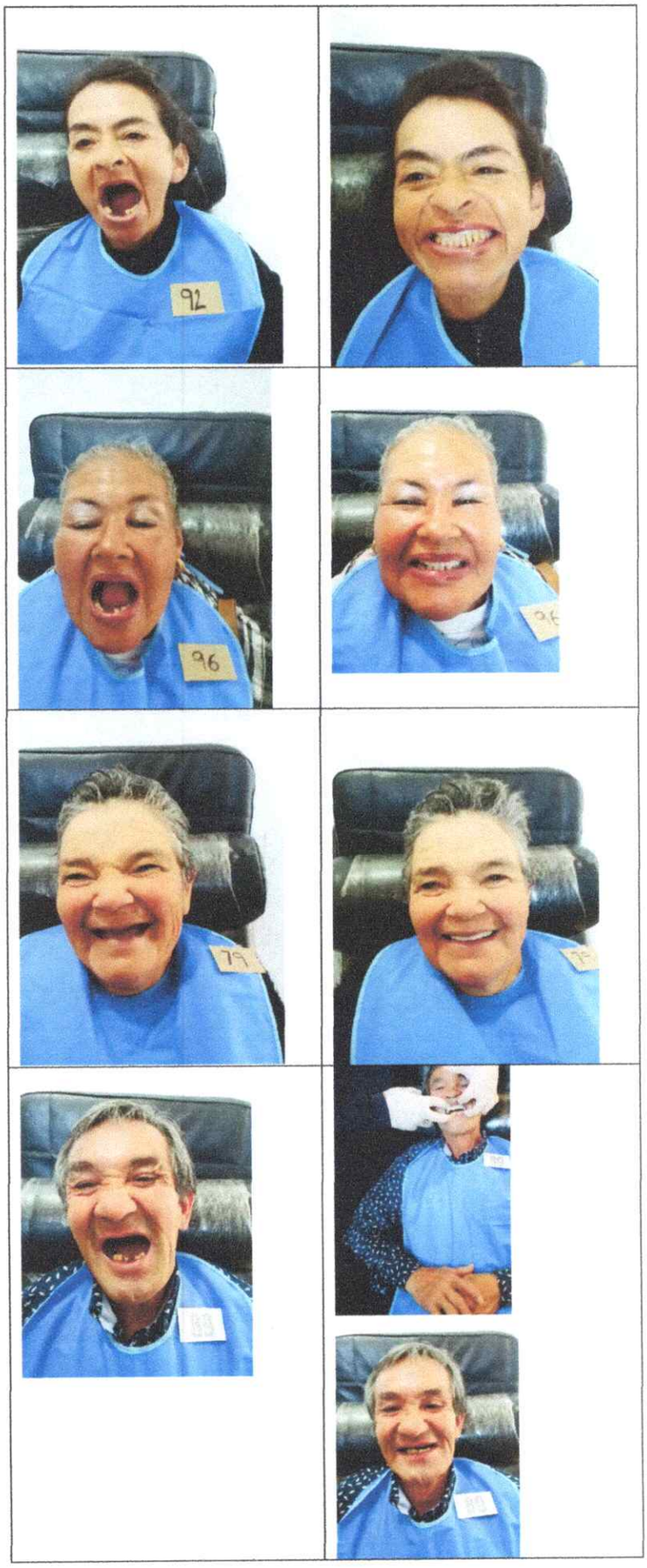

73
73
ORAL
CUIDADO
ORAL
ORAL



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



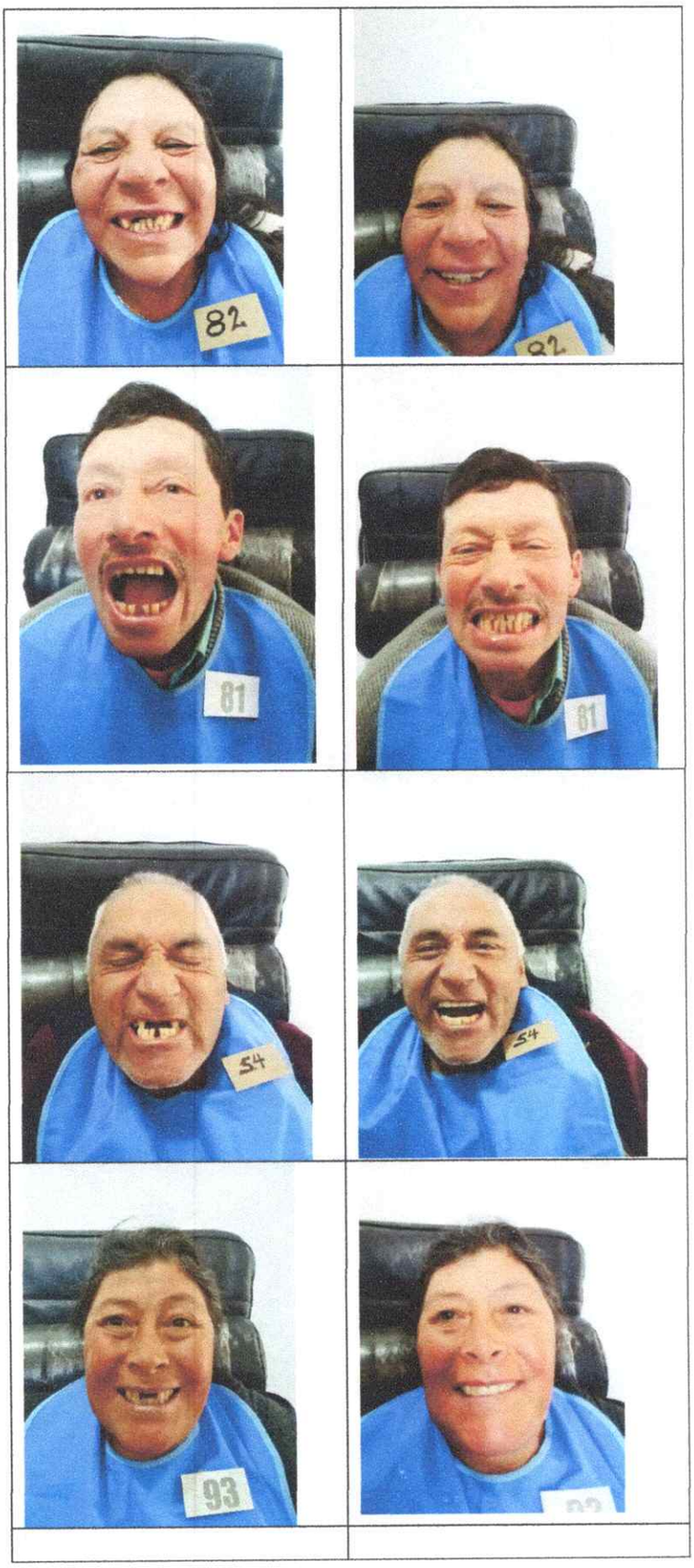
Carrera 11 No 9-57 Las América Tunja.
Tel: (6087480031/3112452446 correo: asociacionreshuellas@gmail.com



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



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

REGISTRO DE INSCRITOS

Restaurando Huellas

MUNICIPIO DE Sotaquira Lugar Sotaquira Fecha 07-09-2024
13-09-2024

No	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
56	Maria Elena Rambel.	37.255.652.	Maria Elena Rangel		
57.	Julio. Cesar. Miachon Rios.	92.65007.			
58	Samuel Del Carmen Avendaño.	4.264.585.	Samuel Del Carmen Avendaño A		
59	Anatilde. Gonzalez. Rincon V. de Gonzalez	23.449.068.	Anatilde Rincón		
60.	Teresa Largo Martinez.	24.125.124.	Teresa Largo Martinez		
61.	Maria Teofilde Lopez De Sisa.	24.124.811.	teofilde		
62.	Abe Maria Elvia Rivera De Samaca.	24.124567	Elvia Rivera		
63	Lisimaco. Duran Silva.	19.670.796.			
64	Isidro. Pire	6741974.	Isidro Pire		
65.	Rosa Elena Silva Robles.	41.623.177.	Rosa Elena Suter		
66.	Rosa Maria Machuca.	24.124.802.	Rosa maria machuca		X
67.	Elizabeth Villalba. Salamanca.	61.657.396.	Elizabeth Villalba	X	X
68.	Rueda Del Carmen Soto.	24.125.5421	Piedad Soto F.	X	X
69	Maria Aurora Salamanca.	24.124.665.	Aurora salamanca	X	X

X = Protesis D.
X = 7

REGISTRO DE INSCRITOS

Restaurando Huellas — Venciendo Paradigmas

MUNICIPIO DE Sotaquira Lugar Sotaquira Fecha 13-09-2024.

No	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
70.	Odilia Morales de Garcia	40.008.268	Odilia Morales	X	X
71	Esthela Palacios Palacios	51. 872.472.	Esthela Palacios	X	X
72.	Pedro Antonio Rochuca Riano	19.341.856.	Pedro A. Rochuca	X	X

TOTAL PROTESIS = 6.

GISTRO DE INSCRITOS

UNICIPIO DE Sotaquira Lugar Sotaquira Fecha 28/04/2024

Restaurando Venciendo Paradigmas Huellas

	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
73	Barbara Rodriguez de Machuca	24.124.672.	Barbara Rodriguez de M.	x	x
74	Luis Efrain Sandoval	6.753.152	Luis Efrain Sandoval E.	x	x
75	Hermenegilda Suarez Luis	40.024.200	x	x	x
	Vitalia Calderon	24.125.283	x ANULADO	—	—
76	Teresa de Jesus Avila	24.124.825	x Teresa Avila	x	x
77	Martha Cecilia Vargas Fuquen	51.731.754	x Marthacecilia Vargas	x	x
78	Jose Arturo Baron Riaño	4.111.721	x José A Barón	x	x
79	Maria del Carmen Alvarez Sanchez	24.124.639	Maria del Carmen Alvarez	x	x
80	Jose Cerobio Efrain Bautista	6.750.264	x Jose Bautista	x	x
	Ilba Erlinda Corredor	39.653.242	ANULADO.	—	—
81	Dagoberto Rodriguez Vargas	6.762.981	Dagoberto Rodriguez Vargas	x	x
82	Marleny Gonzalez Mayorga	24.125.430	Marleny Gonzalez	x	
	Marleny Gonzalez				
83	Pedro Pablo Cifuentes	1'056.572.405		x	

TOTAL PROTESIS = 20

GISTRO DE INSCRITOS

UNICIPIO DE Sutaquira Lugar Sutaquira Fecha 28-09-2024
11-10-2024.

Restaurando Sonriendo Huellas Paradigmas

	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
84	Beatriz Rosas Polido	24.124.870	Beatriz Rosas Polido	x	x
85	Maria Cecilia Golus.	24.124.612	maria cecilia golus	x	x
86	ANULADA.		ANULADA	—	—
87.	Jairo Suarez Hernandez	6'766.696.		x	x
88	Alcira Avendaño Noriega	23.271.089.	Alcira Avendaño Noriega	x	x
89	Jose Miguel Pineda ochoa.	7.217.973.	Miguel Pineda.	x	x
90.	Armando Ramirez Fonseca.	6'765.396.	ARMANDO RAMIREZ	x	x
91.	Ramon Rodriguez Bustamante.	4.264.654.	Ramon Rodriguez	x	x
92.	Maria Emilia León Aguilar.	23.332.897.	Emilia León A.	x	x
93.	Nilsa Del Carmen Perez Vega.	51.40.922.	Nilsa del carmen Perez V.	x	
94.	Isidro Golus Rodriguez.	19342.335.		x	x
95.	Jose Jairo Montañez. Rolido.	6.753.593.	Jose Jairo Montañez.	x	x
96.	Ilba Erlinda Corredor.	39.653.342.	Ilba Corredor	x	x
97	Maria Gladys. Figueredo	23'853.959.	Maria Gladys Figueredo	x	x

Total Protesis = 25.

GISTRO DE INSCRITOS

UNICIPIO DE Sotaquira Lugar 11-10/2024 Fecha Sotaquira

Restaurando Huellas — Venciendo Paradigmas

	NOMBRE Y APELLIDO	No DE CEDULA	FIRMA	PROTESIS	
				SUPERIOR	INFERIOR
98.	Eudosia Galvis.	24.124.666.			X
99	Gloria Amparo. Camargo. Cuchia.	24.124.484.	Gloria Amparo Camargo C.	X	

TOTAL PROTESIS: 2

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 07-09-2024 **No** 66

Yo Rosa María Machuca **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.802 **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.

Rosa maelica
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 28 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 ____ inferior ____ del señor (a) Rosa María Machuca identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.802 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 X	Inferior 1 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.

Rosa maelica
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Ruiz
FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.124.802

MACHUCA
APELLIDOS

ROSA MARIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1955
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

15-ENE-1981 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0716100-00184254-F-0024124802-20090725 0013892611A 2 7300102719

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 13-09-2024 **No** 67

Yo Elizabeth villalba Salamanca **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.657.396 **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.

Elizabeth Villalba

Firma Paciente o Representante Legal

31 657 396

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

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

A los 17 días del mes 10 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) Elizabeth Villalba Salamanca identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.657.396 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 Y
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.

Elizabeth Villalba

FIRMA BENEFICIARIO

C.C 31 657 396

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.657.396
VILLALBA SALAMANCA
ELIZABETH


FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1956
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-NOV-1960 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0728300-00407586-F-0051657396-20121025 0031495797A 1 30145176

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 13-09-2024. **No** 68

Yo Pureza del Carmen Soto Palacios **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.125.542 **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
52557773 Bta

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

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

A los 17 días del mes 10 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) Pureza del Carmen Soto identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.125.542 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 52557773 Bta

FIRMA ODONTOLOGO

A



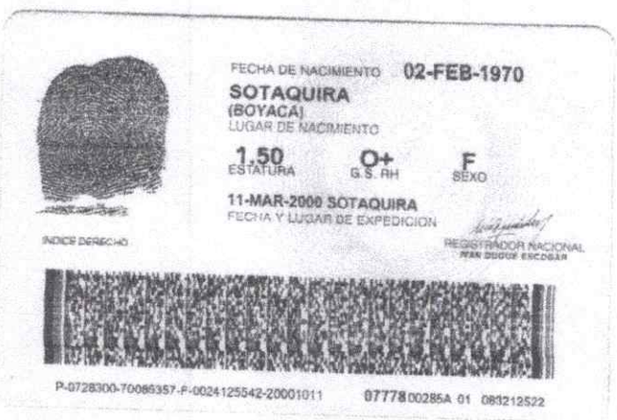
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24125542

SOTO PALACIOS
APELLIDOS

PUREZA DEL CARMEN
NOMBRES

Pureza Soto Palacios
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1970

SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

11-MAR-2000 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-0728300-70086357-F-0024125542-20001011 07778 00285A 01 083212522

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira. **fecha** 13-09-2024. **No** 69

Yo Maria Aurora Salamanca **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.665 **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.

Aurora 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 PROTESIS

A los 13 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Maria Aurora Salamanca identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.665 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.

Aurora Salamanca
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 13-09-2024. **No** 70

Yo Odilia Morales de Garcia **identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 40.008.268 **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 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.

Odilia Morales
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 13 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Odilia Morales de G Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 40.008.268 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 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.

Odilia Morales

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

70.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.008.268
MORALES De GARCIA
APELLIDOS
ODILIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1951
CUCAITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-ENE-1976 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0728300-00937060 F-0040008268 20100428 0022065896A 1 30144474

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 13-09-2022 **No** 71

Yo Esthela Palacios Palacios **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.892.472 **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.

Esthelapalacios
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 13 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Esthela Palacios Palacios identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.892.472 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.

ESTHELAPALACIOS
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **51.872.472**
PALACIOS PALACIOS
APELLIDOS
ESTHELA
NOMBRES

Esthela Palacios
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1964**
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

28-OCT-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0728300-01293168-F-0051872472-20220429 0078958617G 1 30126143

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira. **fecha** 13-09-2024. **No** 72

Yo Pedro Antonio Machuca Riaño **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 19.341.856 **de** _____ 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.

Pedro Antonio Machuca

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 8 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Pedro Antonio Machuca identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 19.341.856 de Bogotá 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.

Pedro Antonio Machuca

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

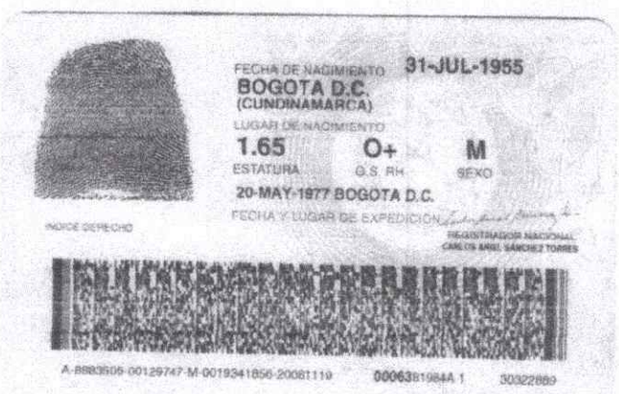
72.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.341.856
MACHUCA RIAÑO
APELLIDOS
PEDRO ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1955
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-MAY-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-8883506-00129747-M-0019341856-20081119 00063B1984A 1 30322889

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28-09-2024 **No** 73

Yo Barbara Rodriguez de Machuca **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.672 **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.

Barbara Rodriguez de 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 PROTESIS

A los 28 días del mes 10 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) Barbara Rodriguez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.672 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.

Barbara Rodriguez de M.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.124.672**

RODRIGUEZ De MACHUCA

APELLIDOS

BARBARA

NOMBRES

Barbara Rodriguez de M

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1953**

SOTAQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

18-JUL-1977 SOTAQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8883505-00129747-F-0024124672-20061119 0006382927A 1 30322362

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09/24 **No** 74

Yo Luis Efrain Sandoval **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.753.152 **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.

Luis Efraín Sandoval E.
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 17 días del mes 10 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) Luis Efrain Sandoval identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.753.152 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.

Luis Efraín Sandoval. E.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.753.152
SANDOVAL ESPITIA
APELLIDOS
LUIS EFRAIN
NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1951
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-FEB-1973 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-8883505-00129747-M-0006753152-20081119 00063 81250A 1 30322737

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28-10-2024. **No** 75

Yo Hermenegilda Suarez Ulis **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 40.024.200 **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.

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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Hermenegilda Suarez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 40.024.200 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 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.

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.024.200
SUAREZ LUIS

APELLIDOS
HERMENEGILDA

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1959
CHIQUIZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

09-NOV-1984 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0728300-00237000-F-0040024200-20100429 0022065925A 1 30144512

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28-09-2024. **No** 76

Yo Teresa de Jesus Avila **Identificado con Cedula de Ciudadanía** N° 24.124.825 **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.

* Teresa Avila
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 11 días del mes 10 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) Teresa de Jesus Avila identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.825 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.

* Teresa Avila
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **24.124.825**

AVILA
APELLIDOS

TERESA DE JESUS
NOMBRES

Teresa Avila
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-1962**
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

10-SEP-1981 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0732800-01373049-F-0024124825-20230608 0136038616A 1 54486163

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09- 2024 **No** 77

Yo Martha Cecilia Vargas Fuquen **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.731.754 **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.

Martha Cecilia 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 PROTESIS

A los 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior ____ inferior ____ del señor (a) Martha Cecilia Vargas identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.731.754 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.

Martha Cecilia Vargas
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.731.754
VARGAS FUQUEN
APELLIDOS
MARTHA CECILIA
NOMBRES



PIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1961
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
15-DIC-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-8883505-00129747-F-0051731754-20091119 0006384782A 1 30322723

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09/2024. **No** 78

Yo José Arturo Baron Riaño **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.111.721. **de** Duitama 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.

José Arturo Baron

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 17 días del mes 10 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) José Arturo Baron identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.111.721 de Duitama 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.

José Arturo Baron

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1949
TUTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

19-OCT-1970 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0728300-00162078-M-0004111721-20090708 0013261530A 1 27729241

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09/2024 **No** 79

Yo Maria del Carmen Alvarez Sanchez **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.129.639 **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 senfido 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.

X Maria del Carmen Alvarez.
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 17 días del mes 10 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 del Carmen Alvarez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.129.639 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.

X Maria del Carmen Alvarez
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24124639

ALVAREZ SANCHEZ
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1955
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

25-FEB-1977 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0728300-33091171-F-0024124639-20011220 01160 01354A 02 101010070

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/091 2024 **No** 80

Yo Jose Cenobio Bautista **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.750.264 **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.

x Jose Bautista 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 PROTESIS

A los 11 días del mes 10 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) Jose Cenobio Bautista identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.750.264 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.

x Jose Bautista

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.750.264

BAUTISTA SANABRIA

APELLIDOS

JOSE CENOBIO EFRAIN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1946

SOTAQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

06-FEB-1971 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-8883505-00129747-M-0006750264-20081119 00063 81121A 1 30322681

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09-/2024 **No** 01

Yo Degoberto Rodriguez Vargas **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.762.981 **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.

Degoberto Rodriguez 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 PROTESIS

A los 17 días del mes 10 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) Degoberto Rodriguez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.762.981 de Tunja 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 1 X	Inferior X 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.

Degoberto Rodriguez Vargas
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.762.981
RODRIGUEZ VARGAS

APELLIDOS

DAGOBERTO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1959
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-AGO-1978 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0728300-00217489-M-0006762981-20100220 0021207409A 1 07729273

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 17-10-2024 **No** 98.

Yo Eudosia Golus **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.666 **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____ 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.

Eudosia Golus
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior____ inferior 1 del señor (a) Eudosia Golus. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.666. 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	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.

Eudosia Golus
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.124.666
GALVIS De SANCHEZ
APELLIDOS
EUDOSIA
NOMBRES
Eudosia Galvis


FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1954
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-JUL-1977 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0728300-00162078-F-0024124666-20090708 0013262788A 1 9923205673

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11-10-2024 **No** 99

Yo Gloria Amparo Camargo Rocha. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.484 **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.

Gloria A. Camargo C.
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

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

A los 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior ____ del señor (a) _____ identificado con la Cedula de Ciudadanía N°_____ de _____ 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
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 Amparo Camargo C.
FIRMA BENEFICIARIO
CC 24.124.484 Sotaquira

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.124.484
CAMARGO CUCHIA

APELLIDOS
GLORIA AMPARO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1952
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1974 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0728300-00187721-F-0024124484-20091019 0017290647A 2 27728809

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11-10-2024 **No** 97.

Yo Figueredo. 23.855.959. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** Maria Gladys **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 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.

María Gladys Figueredo
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Maria Gladys. Figueredo identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.855.959 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 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.

María Gladys Figueredo
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.455.159
APELLIDOS
MARIA GLADYS
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1961
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-MAR-1985 PAIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A-0728900-00271413-F-0023455959-20101216 0025258491A 1 30144744

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 07-04-2024 **No** 66

Yo Rosa Maria Machuca **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.802 **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.

Rosa machuca
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior ____ inferior ____ del señor (a) Rosa Maria Machuca identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.802 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 X	Inferior 1 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.

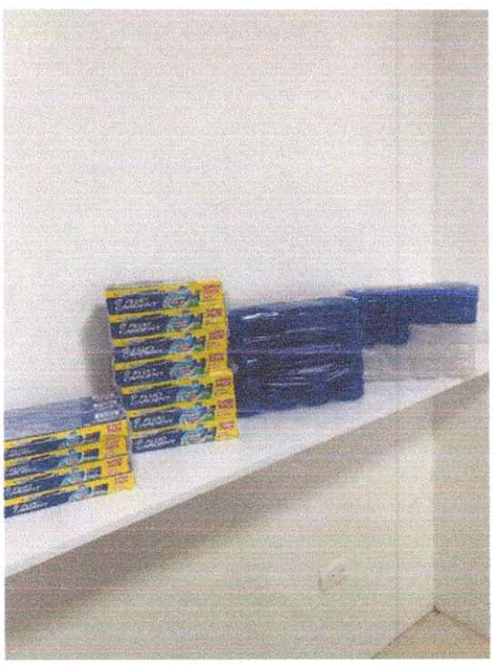
Rosa machuca
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

KIT DE HIGIENE ORAL Y ESTUCHE PARA PRÓTESIS DENTAL









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

INFORME DE SUPERVISION LIQUIDACION

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

FECHA PRESENTE ACTA	18 DE OCTUBRE DE 2024
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
VALOR CONTRATO INCIAL	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS $111.996.000,00) M/CTE
VALOR ADICIONAL NO. 1.	CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE
VALOR TOTAL CON ADICIONAL	CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE
PLAZO INICIAL	Cuatro (04) MESES
PLAZO ADICIONAL	VEINTE (20) DIAS
PLAZO TOTAL	CUATRO (04) MESES Y VEINTE (20) DIAS
ENTIDAD CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SOTAQUIRA
NIT Nº	891.801.061-1
REPRESENTANTE LEGAL	SALOMON BUITRAGO FONSECA
IDENTIFICACIÓN	79.263.425 de Bogotá
CONTRATISTA	ASOCIACION 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
FECHA DE INICIO	04 DE JULIO DE 2024
PERIODO DE PAGO	29 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 18 DE OCTUBRE DE 2024

PLANILLA	PENSION SEPTIEMBRE SALUD OCTUBRE 9475276324
CDP CONTRATO INICIAL	2024000289 DE FECHA 13 DE JULIO DE 204
RP CONTRATO INICIAL	2024000371 DEL 02 DE JULIO DE 2024
CDP ADICIONAL:	2024000433 DEL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2024
RP ADICIONAL:	2024000533 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2024

2. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato	($111.996.000,00) M/CTE
Valor adicional	($55.064.700) M/CTE
Valor total	($167.060.700) M/CTE
Valor presente acta	($55.064.700)M/CTE
Valor ejecutado	($167.060.700) M/CTE
Valor faltante por ejecutar / Valor pendiente por pagar	($0) M/CTE
Porcentaje de Ejecución	100 % EJECUTADO
Porcentaje por Ejecutar	0 %
Estado de la Garantía	APROBADAS -VIGENTES
Matriz de Riesgos del Contrato	Sin afectación. En monitoreo y revisión por parte de la supervisión.

Con la presente acta se afecta el siguiente rubro presupuestal:

RUBROS	NOMBRE	CONTRATADO	PAGOS	PRESENTE ACTA	SALDOS
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y 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.	**$111.996.000**	**$ $111.996.000**	**$ 0**	**$ 0**
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y personales /R.B Estampillas /	**$ 55.064.700**	**$0**	**$ 55.064.700**	**$ 0**

	INCLUSIONSOCIALYRECONCILIACION / atencio nintegral de población en situación permanente De desprotección social y/ o familiar / Intersubsectorial Desarrollo social / Centros de protección social				
TOTAL		**$167.060.700**	**$$111.996.000**	**$55.064.700**	**$0**

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 100 %.

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 totalmente, con un porcentaje de AVANCE del 100 %.

2. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante la ejecución del presente contrato se realizó ADICIONAL Y PRORROGA NO. 01, AL 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, el día 12 de septiembre de 2024.

3. LLAMADAS DE ATENCION AL CONTRATISTA

Durante el presente período no se han presentado llamados de atención al contratista.

4. ESTADO DE LAS GARANTÍAS

Numero de póliza: 39-44-101162958 Anexo: 0

Tipo de garantía	Vigencia desde	Vigencia hasta	Valor asegurado	Estado de la póliza en secop ii
Cumplimiento	02/07/2024	30/03/2025	$22.399.200	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Calidad del servicio	02/07/2024	30/03/2025	$22.399.200	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	02/07/2024	30/11/2027	$5.599.800	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Devolución del pago anticipado	02/07/2024	30/11/2024	$55.998.000	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación

Numero de Póliza de seguro de responsabilidad civil extracontractual derivada de cumplimiento: 39-40-101042700 Anexo: 1

Tipo de garantía	Vigencia desde	Vigencia hasta	Valor asegurado	Estado de la póliza en secop ii

Predios labores y operaciones	02/07/2024	30/12/2024	$260.000.000	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación

Numero de póliza: 39-44-101162958 Anexo: 2

Tipo de garantía	Vigencia desde	Vigencia hasta	Valor asegurado	Estado de la póliza en secop ii
Cumplimiento	02/07/2024	30/03/2025	$22.399.200	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Calidad del servicio	02/07/2024	30/03/2025	$22.399.200	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	02/07/2024	30/11/2027	$5.599.800	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Buen manejo y correcta inversión del anticipo	02/07/2024	30/11/2024	$55.998.000	Vigente-Aprobada por la dirección administrativa de contratación

Numero de póliza: 39-44-101162958 Anexo: 3

Tipo de garantía	Vigencia desde	Vigencia hasta	Valor asegurado	Estado de la póliza en secop ii
Cumplimiento	02/07/2024	30/04/2025	$22.399.200	Vigente-Aprobada por la dirección

				administrativa de contratación
Calidad del servicio	02/07/2024	30/04/2025	$22.399.200	Vigente- Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	02/07/2024	30/12/2027	$5.599.800	Vigente- Aprobada por la dirección administrativa de contratación
Buen manejo y correcta inversión del anticipo	02/07/2024	30/11/2024	$55.998.000	Vigente- Aprobada por la dirección administrativa de contratación

5. 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 proceso se evidencio y verifico lo que se ha venido adelantando, con respecto a la realización del diagnóstico a la población inicialmente focalizada, y a la entrega de prótesis dentales, los cuales están soportados en el registro de inscritos, firmados por cada uno de los usuarios beneficiados, y en las evidencias fotográficas adjuntas en el informe que relaciona el contratista.

El contratista se comprometió a entregar un total de 120 unidades de los ítems 1, 2 y 3, del convenio de la referencia, correspondientes a los ofrecimientos adicionales, lo cual representa aproximadamente el 30% del valor total del presupuesto del presente convenio. Este compromiso refleja el esfuerzo por cumplir con los requisitos establecidos y garantizar la satisfacción de las necesidades de la población beneficiaria.

Es importante destacar que el desarrollo y la ejecución del convenio se llevaron a cabo antes de que finalizara el plazo estipulado, lo que demuestra una gestión proactiva y eficiente por parte del contratista. Esta anticipación no solo permite el cumplimiento de los objetivos planteados,

sino que también contribuye a una ejecución más fluida de las actividades, beneficiando directamente a la comunidad y garantizando el uso efectivo de los recursos asignados para el presente convenio.

Dentro del marco del convenio, se realizó la verificación de que el personal necesario para llevar a cabo las actividades previstas, cumpliera con lo que se indicó en el convenio. Este equipo fue seleccionado por parte del contratista en función de las competencias y habilidades requeridas, asegurando que cada miembro contribuyera de manera efectiva al cumplimiento de los objetivos del proyecto. La inclusión de este personal fue fundamental para la correcta ejecución de las tareas asignadas, permitiendo una implementación eficiente de los programas y servicios destinados a beneficiar a la población focalizada.

6.EVIDENCIA FOTOGRÁFICA
CONTRATO INICIAL

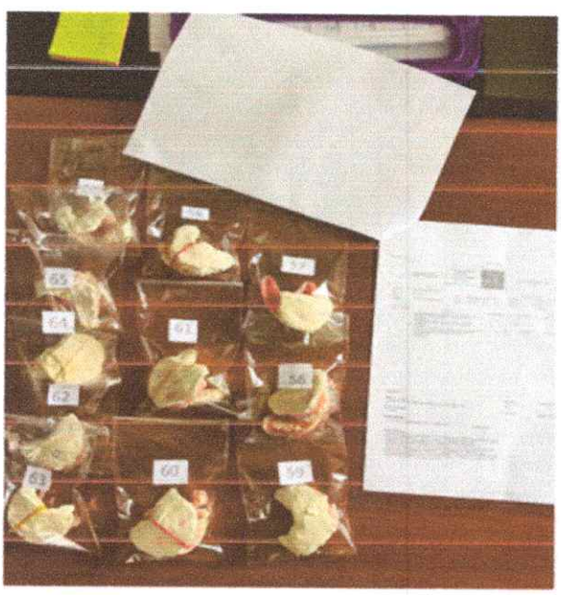
Servicio ley 1276/2009	Descripción	Cantidad Prótesis	Unidad	Valor unitario a adicionar	Valor Total.
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (ODONTOLOGÍA) PROTESIS DENTALES PARCIALES (INCLUYE FOCALIZACION DE LA POBLACION ADULTA MAYOR, ELABORACION DE PROTESIS DENTALES, SUMINISTRO Y EDUCACION EN SALUD ORAL	Realizar 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	120	Unidad	$933.300	$111.996.000

	removibles. Suministro prótesis dentales Capacitaciones en salud oral.				
TOTAL CONVENIO INICIAL					$111.996.000

ADICIONAL

Servicio ley 1276/2009	Descripción	Cantidad Prótesis	Unidad	Valor unitario a adicionar	Valor Total.
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (ODONTOLOGÍA) PROTESIS DENTALES PARCIALES (INCLUYE FOCALIZACION DE LA POBLACION ADULTA MAYOR, ELABORACION DE PROTESIS DENTALES, SUMINISTRO Y EDUCACION EN SALUD ORAL	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	59	Unidad	$933.300	$55.064.700

	acrílico o en metal según el caso. Adaptación de prótesis parciales removibles. Suministro prótesis dentales Capacitaciones en salud oral.				
TOTAL ADICIONAL					$55.064.700










82
82
54
54
81
81
93


ADULTO MAYOR
CUIDADO ORAL
ORAL


ORAL
CUIDADO ORAL

Ofrecimientos adicionales por parte del contratista:

ITEM	DESCRIPCION
1	Kit de higiene oral
2	Estuche prótesis dental
3	Jornadas de sensibilización y capacitación en salud oral para adultos mayores Incluido material de apoyo (sonido y equipo audio visual)





7.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 dieciocho (18) días del mes de octubre de 2024.

Atentamente,

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ –
SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO
Supervisor (a) del Contrato
CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024

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. 19

Señores	MUNICIPIO DE SOTAQUIRA		
NIT	891.801.061-1	**Teléfono**	(608) 7873020 - Ext. 000 - (608) 3115852058 - Ext. 000
Dirección	CRA7 No 6-64 ED MUNICIPAL	**Ciudad**	Sotaquirá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/10/2024, 10:44
Expedición	*17/10/2024, 11:02*
Vencimiento	17/10/2024

Ítem	Cantidad	Descripción	Valor Impto.Cargo	Vr. Unitario	Vr. Total
1	59.00	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.*	0.00	933,300.00	55,064,700.00

Total items: 1

Total Bruto	55,064,700.00
IVA0%	0.00
Total a Pagar	55,064,700.00

Valor en Letras:
Cincuenta y cinco millones sesenta y cuatro mil setecientos pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 55,064,700.00

Observaciones:
CORRESPONDE A ACTA FINAL 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: 8bae41d49853d014532363019b6f8202742df911ce2df5e3b5da24b9f0d2afe7792667c200ccdb018e5f9f3dc3c89501

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901063754	3	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	HUELLAS	Cr 11 - 957	TUNJA-BOYACA	7473096	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	07997501	9475276324	E	2024/10/11	2024/10/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$318,800

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: HUELLAS (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$318,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$318,800
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$318,800
1	CC	23315988	GARCIA MARIA	X																230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	SI	$318,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$318,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901063754	3	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	HUELLAS	Cr 11 - 957	TUNJA-BOYACA	7473096	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	07997501	9475276324	E	2024/10/11	2024/10/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$318,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$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
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$6,800	$0	$0	$6,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,000	$0	$0	$52,000
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$52,000	$0	$0	$52,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,000	$0	$0	$52,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
TOTAL				1	$318,800	$0	$0	$318,800

GESIKA BIVIANA BIVIANA CORREALES ROJAS
contadora publica
UNIVERCIDAD SANTO TOMAS

DECLARACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA PERSONAS JURIDICAS.

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002, EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO, GESIKA CORREALES

CERTIFICA

Que la empresa la **ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS NIT 901063754** se encuentra a paz y salvo con los aportes de seguridad social y parafiscales correspondientes a los últimos 6 meses.

La presente se expide a los quince (15) días del mes de octubre (10) de dos mil veinticuatro (2024), a solicitud del interesado.

Cordialmente,

GESIKA BIVIANA CORREALES ROJAS
CC 1.049.6260.070 de Tunja
TP 260152-T

GESIKA BIVIANA BIVIANA CORREALES ROJAS
contadora publica
UNIVERCIDAD SANTO TOMAS

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
256003BF142B13DA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **GESIKA BIVIANA CORREALES ROJAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1049626070 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 260152-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ....

Dado en BOGOTA a los 27 días del mes de Septiembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Es necesario reiniciar el di
actualizaciones.
Selecciona una hora para

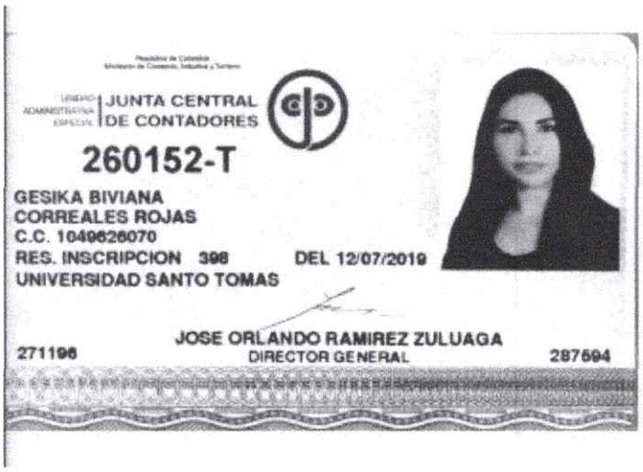
GESIKA BIVIANA BIVIANA CORREALES ROJAS
contadora publica
UNIVERCIDAD SANTO TOMAS

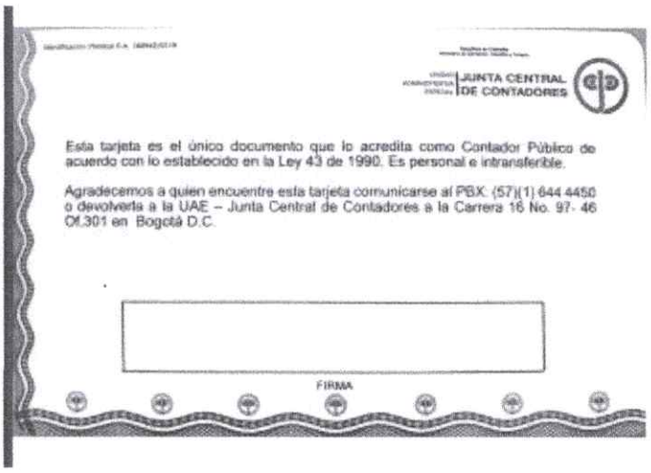

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.049.626.070
CORREALES ROJAS
APELLIDOS
GESIKA BIVIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1991
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
14-JUL-2009 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0700100-00172865-F-1049626070-20090626 0015411218A 1 27783518

GESIKA BIVIANA BIVIANA CORREALES ROJAS
contadora publica
UNIVERCIDAD SANTO TOMAS





Formulario del Registro Único Tributario

1. Currency: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14104070800 6

(415)7707212485504(8020) 000014104070800 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 1 0 6 3 7 5 4 3

6. Dv. | 10. Dupla de apellidos y nombres | Razones y Nombre 2 | Sigla

7. Fecha expedición

IDENTIFICACIÓN

24. Clase de contribuyente: Persona jurídica 1

25. Clase de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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: COLOMBIA 1 6 9 | 39. Departamento: Bolívar 1 5 | 40. Ciudad/Municipio: Turbaco 0 0 1

41. Dirección principal: CR 11 9 57 BRR LAS AMERICAS

42. Correo electrónico: asociacionrestauranhuellas@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 1 2 4 5 2 4 4 6 | 45. Teléfono 2: 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

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

53. Código: 5 7 1 4 5 5

54. Responsable IVA | Calidad - Régimen Tributario

55. Declarante de la Renta a título de: cont

56. Informante de exógena

57. Responsable de Gravamen a los Activos

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

58. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

59. Modo | Subtipo | 1 2 3

57. Mixto

58. GPO

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

72. Sucursal | 73. | 74. No. de Folios | 75. | 76. Fecha: 2024 08 12 13 21 10

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 comprobar 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 de 2016. De igual manera el firmante se obliga a actualizar la información 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:

864. Nombre: GARCIA PACHECO MARIA MIREYA

865. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 22 08 2024 08 01 13 M0

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141046708008

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	*2. Dirección seccional		11. Buzón electrónico
9 0 1 0 6 3 7 5 4	3	Especiales y Aduanas de Tuja	2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o establecimientos de orden nacional, departamental, municipal y distrital descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1	70. Benéficos	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	0 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

(Codificación) 9

Estado y Beneficio

Ítem	90. Estado actual	91. Fecha cumplió el estado	92. Número de identificación tributaria (NIT)	93. DV
1				
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

94. Vinculación económica	95. Nombre del grupo económico y/o empresarial	96. 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

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	Impuestas y Aduanas de Tunja 2 0	

Representación

1	98. Representación: REPRS LEGAL PRIN 1 6	99. Fecha inicio ejercicio representación: 2 0 1 7 0 3 0 6			
	100. Tipo de documento: Cédula de Ciudadani 1 3	101. Número de identificación: 2 3 3 1 5 9 8 8	102. DV	103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido: GARCIA	105. Segundo apellido: PACHECO	106. Primer nombre: MARIA	107. Otros nombres: MIREYA	
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal		
2	98. Representación: REPRS LEGAL SUPL 1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación: 2 0 1 7 0 3 0 6			
	100. Tipo de documento: Cedula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación: 4 0 0 1 8 9 4 3	102. DV	103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido: LOPEZ	105. Segundo apellido: MALAVER	106. Primer nombre: NUNILA	107. Otros nombres: 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		

Fecha generación documento PDF: 22-08-2024 08:31:10AM

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 29/09/2024 **No** 92.

Yo Nana Emilia León Acuña **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23332897 **de** San Eduardo. 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.

Nana Emilia León 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 PROTESIS

A los 29 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) _____ identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____ de _____ 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.

Emilia León A.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C 23332897

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.332.897
LEON AGUILAR

APELLIDOS
MARIA EMILIA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1964
SAN EDUARDO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-SEP-1983 SAN EDUARDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-8883505-00170099-F-0023332897-20090815 0015016809A 1 30322414

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11-10-2024 **No** 93.

Yo NILSA DEL CARMEN PEÑA VEGA **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.840.922 **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 ___

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.

Nilsa del Carmen Peña V.
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 17 días del mes 10 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) Nilsa Del Carmen P. Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.840.922 de Bogota 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 1	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.

Nilsa del Carmen Peña V.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.840.922**

PEREZ VEGA

APELLIDOS

NILSA DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-1962**

TUNJA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-FEB-1985 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00186979-F-0051840922-20091016 **0017236818A 1** 1140302207

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11- 10- 2024 **No** 94.

Yo ISIDRO Galvis. Rodriguez. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 19. 342. 335 **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 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.

x _____
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) ISIDRO Galvis. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 19 342. 335 de Bogota 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 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.

x _____
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

_____
FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.342.335
GALVIS RODRIGUEZ

APELLIDOS
ISIDRO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1956
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-MAY-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00187674-M-0019342335-20091019 0017282299A 2 1140302202

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11-10-2024. **No** 95.

Yo Jose Julio Montañez Ruido. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.753.593. **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 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 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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 7 inferior 1 del señor (a) JOSE Julio Montañez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.753.593 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 7	Inferior. 7
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 6.753.593
MONTAÑEZ PULIDO

APELLIDOS
JOSE JAIRO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1949
SAMACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-ABR-1973 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-0700100-00132309-M-0006753593-20081130 0007168000A 1 6780015509

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 11-10-2024 **No** 96

Yo Ilba Erlinda Corredor. **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 39 653 342 **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.

x Ilba Corredor
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Ilba Erlinda Corredor. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 39.653.342. 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 1	Inferior x 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.

x Ilba Corredor
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** 28/09/2024 **No** 82

Yo (Madre) Marleny Gonzalez Mayorga **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.125.430 **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.

Marleny gonzale

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 17 días del mes 10 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) Marleny Gonzalez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.125.430 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.

Marleny gonzalez

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.125.430
GONZALEZ MAYORGA

APELLIDOS
MARLENY

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1968
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

24-JUL-1987 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0728300-00162078-F-0024125430-20090708 0013263857A 1 2826284

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09/2024 **No** 83

Yo Pedro Pablo Cifuentes Hidalgo **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 1'056.572.405 **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 ____

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.

X _____
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior ____ del señor (a) Pedro Pablo Cifuentes identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 1'056.572.405 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
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.

X _____
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Ruiz
FIRMA ODONTOLOGO

B2.
3209775025.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.056.572.405
NUMERO
CIFUENTES HIDALGO
APELLIDOS
PEDRO PABLO
NOMBRES
NO FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1960
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
21-NOV-2005 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0728300-33145771-M-1056572405-20070913 0217107256M 02 1e8748531

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09/2024 **No** 84

Yo Beatriz Rosas Rolido **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.124.870 **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.

Beatriz Rosas Rolido
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 11 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Beatriz ROSAS Rolido identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.124.870 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.

Beatriz Rosas Rolido
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.124.870
ROSAS PULIDO
APELLIDOS
BEATRIZ
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1963
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
05-ENE-1983 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** 28/09/2024. **No** 85

Yo Maria Cecilia Galvis **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.129.612 **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.

María Cecilia Galvis
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Maria cecilia Galvis *Identificado con la Cedula de* Ciudadanía N° 24.129.612 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.

María Cecilia Galvis
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLÓGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24124612

GALVIS
APELLIDOS

MARIA CECILIA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1955
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-SEP-1976 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-0726300-33082581-F-0024124612-20011127 04202 01330A 01 101010125

NO APLICA

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 05 10 2024. **No** 87.

Yo Jairo. Suarez Hernandez. ***identificado con Cedula de Ciudadanía*** **N°** 6.766. 696. **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 17 días del mes 10 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) Jairo Suarez Hernandez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 6.766. 696. 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 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.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.766.692
SUAREZ HERNANDEZ

JAIRO



FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1956
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

14-ABR-1980 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE L

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0700100-00150878-M-0006766692-20090225 0010035898A 1 6770006150

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira. **fecha** 28/09/2024 **No** 88

Yo Aleira Avendaño **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.271.089. **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 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.

Aleira Avendaño
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 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1 del señor (a) Aleira Avendaño identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23 271 089 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 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.

Aleira Avendaño
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.271.089
AVENDAÑO MAYORGA
APELLIDOS
ALCIRA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-1948
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

29-SEP-1972 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0728300-00145269-F-0023271089-20090103 0000273102A 1 25229384

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09- 2024. **No** 89.

Yo Jose Miguel. Pineda **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 7.217.973. **de** Duitama. 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.

Miguel Pineda.
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 17 días del mes 10 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) Jose Miguel Pineda. identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 7.217.973 de Duitama 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.

Miguel Pineda.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO


FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1962
EL COCUY
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
04-JUL-1980 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
A-0718100-01184699-M-0007217973-20201208
0072692058A 2
55353613


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 7.217.973
PINEDA OCHOA
APELLIDOS
JOSE MIGUEL
NOMBRES
FIRMA

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09/2024. **No** 90.

Yo Amando Ramirez. **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 6.765 396 **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 1. Inferior X1.

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.

Amando Ramirez
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

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

A los 17 días del mes 10 del año 2024 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior 1 inferior 1. del señor (a) Amando Ramirez *Identificado con la Cedula de* Ciudadanía N° 6 765 396 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 1	Inferior X 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.

Amando Ramirez
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia
FIRMA ODONTOLOGO



3208740756
3144644244
Llamar nuevo
Puente.



Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL COSMETICA.

Lugar Sotaquira **fecha** 28/09/2024. **No** 91

Yo Ramon Rodriguez Bustamante **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.264.654 **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 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 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.

Ramon Rodriguez

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 17 días del mes 10 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) Ramon Rodriguez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.264.654 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 7	Inferior 7
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.

Ramon Rodriguez

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.264.654

RODRIGUEZ BUSTAMANTE

APELLIDOS

RAMON

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1957

SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-1976 SOTAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0700100-00126883-M-0004264654-20081112 0005815529A 1 0770007820

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. 901083754 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	86200004287	2023/10/30	ACTIVA	$ 15.853.752,70

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-44-101162958	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
03	07	2024	02	07	2024	00:00	30	11	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS	NIT: 901.063.754-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 11 NRO. 9 -57	TUNJA, BOYACA	3112452446

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA	NIT: 891.801.061-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CARRERA 7 NRO 6-64	SOTAQUIRA, BOYACA	

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AUNAR 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 TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINISTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA, CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS DE ASOCIACION

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/07/2024	30/03/2025	$22,399,200.00
CALIDAD DEL SERVICIO	02/07/2024	30/03/2025	$22,399,200.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	02/07/2024	30/11/2027	$5,599,800.00
DEVOLUCION DEL PAGO ANTICIPADO	02/07/2024	30/11/2024	$55,998,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****604,348.00	$ ******20,000.00	$ *****118,626.00	$ **********742,975.00	$ ******106,396,200.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA EUGENIA SIERRA C Y CIA LIMITA	4715	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

39-44-101162958

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-40-101042700	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
12	09	2024	02	07	2024	00:00	30	12	2024	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS	NIT: 901.063.754-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 11 NRO. 9 - 57	TUNJA, BOYACA	3112452446

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA	NIT: 891.801.061-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CARRERA 7 NRO 6-64	SOTAQUIRA, BOYACA	

BENEFICIARIO: 891801061 - MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AUNAR 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 TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINISTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA, CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS DE ASOCIACION, COOPERACION O COFINANCIACION

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**02/07/2024**	**30/12/2024**	**$260,000,000.00**	**$260,000,000.00**

ACLARACIONES

SGUN ADICIONAL Y PRORROGA No 01 SE AMPLIA LA VIGENDIA DEL AMPARO

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******53,424.00	$ *******3,000.00	$ ******10,720.00	$ **********67,145.00	$ ******260,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA EUGENIA SIERRA C Y CIA LIMITA	4715	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487 - TUNJA

39-40-101042700

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-44-101162958	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
12	09	2024	02	07	2024	00:00	30	11	2027	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS	NIT: 901.063.754-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 11 NRO. 9 - 57	TUNJA, BOYACA	3112452446

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA	NIT: 891.801.061-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CARRERA 7 NRO 6-64	SOTAQUIRA, BOYACA	

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AUNAR 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 TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINISTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA, CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS DE ASOCIACION

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/07/2024	30/03/2025	$33,412,140.00	
CALIDAD DEL SERVICIO	02/07/2024	30/03/2025	$33,412,140.00	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	02/07/2024	30/11/2027	$8,353,035.00	
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO	02/07/2024	30/11/2024	$55,998,000.00	$55,998,000.00

ACLARACIONES

SEGUN ADICIONAL Y PRORROGA No 01 SE AMPLIA LA VIGENCIA Y VALOR ASEGURADO DE LOS AMPAROS

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****166,913.00	$ *******8,000.00	$ ******33,233.00	$ **********208,147.00	$ ******131,175,315.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA EUGENIA SIERRA C Y CIA LIMITA	4715	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487 - TUNJA

39-44-101162958

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-44-101162958	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
12	09	2024	02	07	2024	00:00	30	12	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS	NIT: 901.063.754-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 11 NRO. 9 - 57	TUNJA, BOYACA	3112452446

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA	NIT: 891.801.061-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CARRERA 7 NRO 6-64	SOTAQUIRA, BOYACA	

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AUNAR 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 TRAVES EL DISEÑO FABRICACION Y SUMINISTRO DE PROTESIS DENTALES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES SOTAQUIRA BOYACA, CONVENIO COMPETITIVO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS DE ASOCIACION

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/07/2024	30/04/2025	$33,412,140.00	$33,412,140.00
CALIDAD DEL SERVICIO	02/07/2024	30/04/2025	$33,412,140.00	$33,412,140.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	02/07/2024	30/12/2027	$8,353,035.00	$8,353,035.00
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO	02/07/2024	30/11/2024	$55,998,000.00	$55,998,000.00

ACLARACIONES

SEGUN ADICIONAL Y PRORROGA No 01 SE AMPLIA LA VIGENCIA Y VALOR ASEGURADO DE LOS AMPAROS

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******50,895.00	$ *******8,000.00	$ ******11,190.00	$ **********70,086.00	$ ******131,175,315.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
MARIA EUGENIA SIERRA C Y CIA LIMITA	4715	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487 - TUNJA

39-44-101162958

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-44-101162958	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
12	09	2024	02	07	2024	00:00	30	12	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS	NIT: 901.063.754-3	CR 11 NRO. 9 - 57	TUNJA, BOYACA	3112452446

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO:
MUNICIPIO DE SOTAQUIRA	NIT: 891.801.061-1	CARRERA 7 NRO 6-64	SOTAQUIRA, BOYACA	

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487 - TUNJA

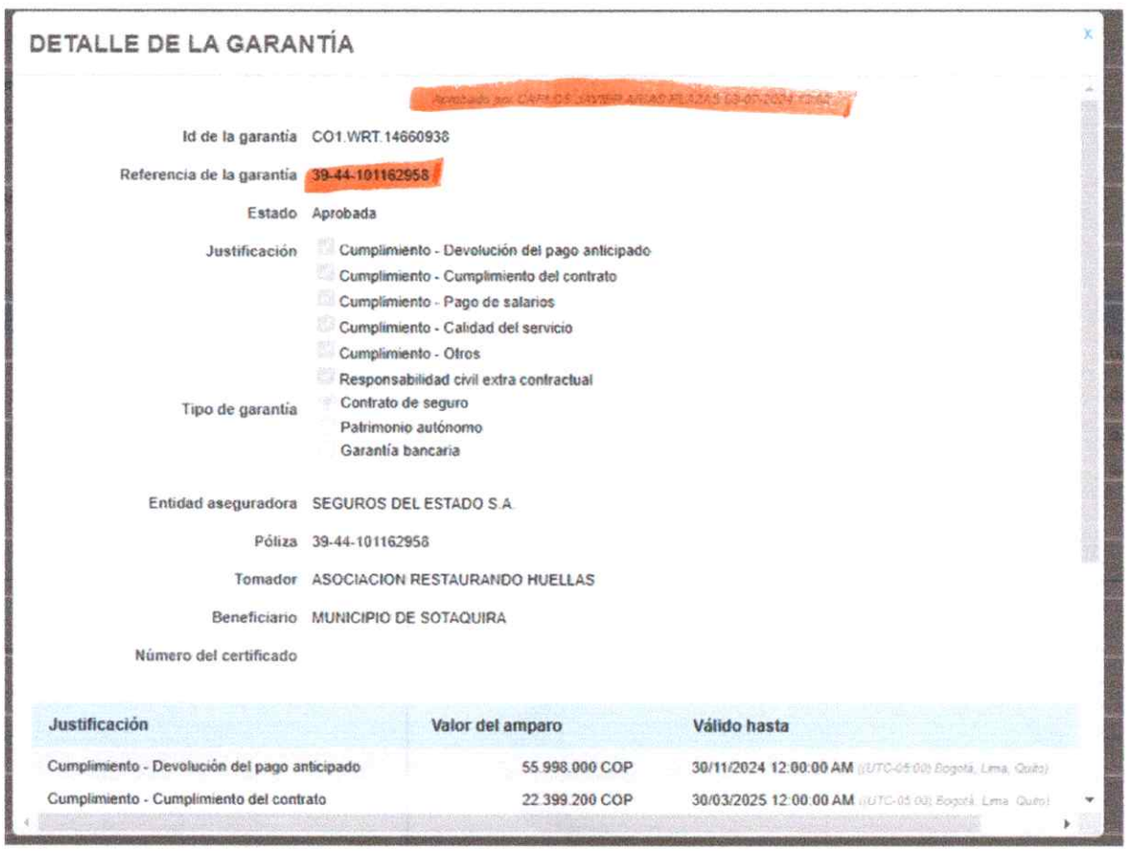
39-44-101162958

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO 0



DETALLE DE LA GARANTÍA

Aprobado por CARLOS JAVIER ARIAS PLAZAS 03-07-2024 12:42

Id de la garantía CO1.WRT.14660938

Referencia de la garantía 39-44-101162958

Estado Aprobada

Justificación
- Cumplimiento - Devolución del pago anticipado
- Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- Cumplimiento - Pago de salarios
- Cumplimiento - Calidad del servicio
- Cumplimiento - Otros
- Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía
- Contrato de seguro
- Patrimonio autónomo
- Garantía bancaria

Entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Póliza 39-44-101162958

Tomador ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS

Beneficiario MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

Número del certificado

Justificación	Valor del amparo	Válido hasta
Cumplimiento - Devolución del pago anticipado	55.998.000 COP	30/11/2024 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	22.399.200 COP	30/03/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

ANEXO 1



DETALLE DE LA GARANTÍA

Aprobado por CARLOS JAVIER ARIAS PLAZAS 12-29-2024 11:43

Id de la garantía CO1.WRT.15164302

Referencia de la garantía 3440101042700

Estado Aprobada

Justificación
- Cumplimiento - Devolución del pago anticipado
- Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- Cumplimiento - Pago de salarios
- Cumplimiento - Calidad del servicio
- Cumplimiento - Otros
- Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía
- Contrato de seguro
- Patrimonio autónomo
- Garantía bancaria

Entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO

Póliza 3940101042700

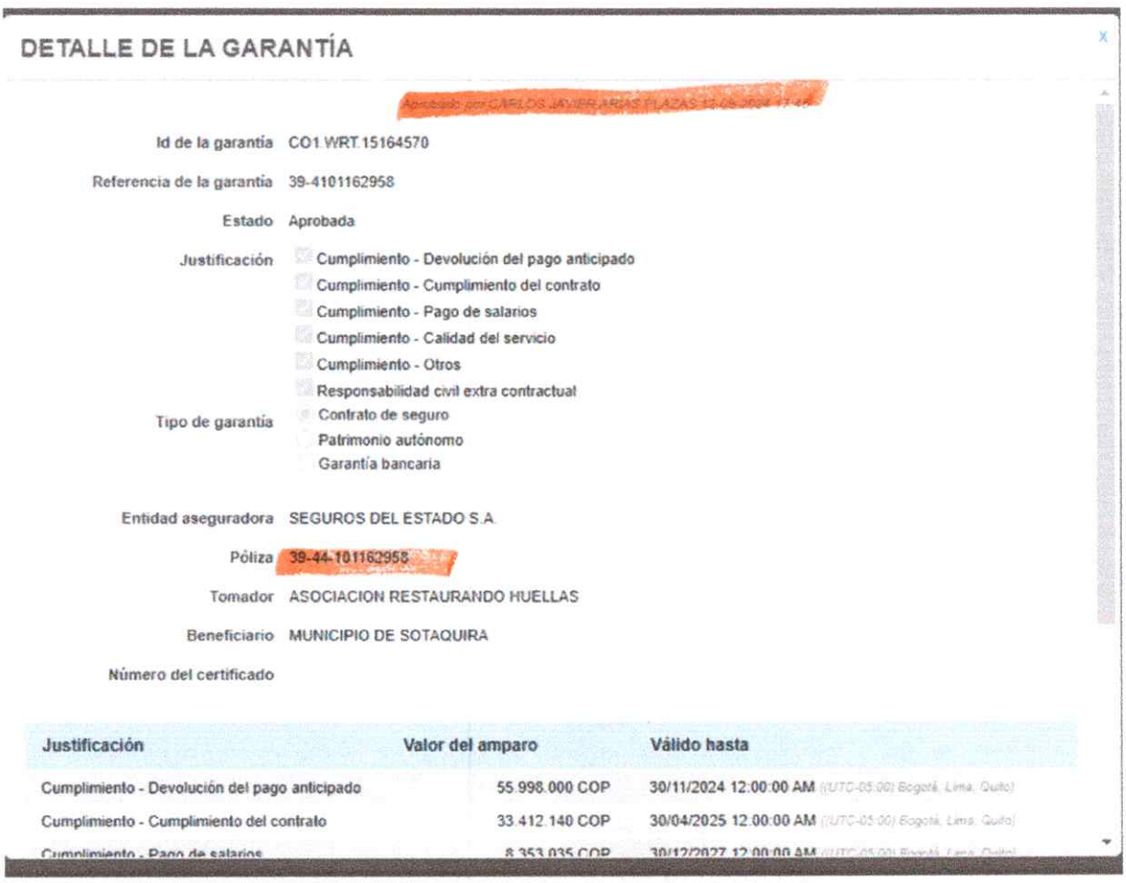
Tomador ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS

Beneficiario MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

Número del certificado

Justificación	Valor del amparo	Válido hasta
Responsabilidad civil extra contractual	260.000 COP	30/12/2024 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

ANEXO 2



DETALLE DE LA GARANTÍA

Aprobado por CARLOS JAVIER ARIAS PLAZAS 17-05-2024 17:44

Id de la garantía CO1.WRT.15164570

Referencia de la garantía 39-4101162958

Estado Aprobada

Justificación
- Cumplimiento - Devolución del pago anticipado
- Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- Cumplimiento - Pago de salarios
- Cumplimiento - Calidad del servicio
- Cumplimiento - Otros
- Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía
- Contrato de seguro
- Patrimonio autónomo
- Garantía bancaria

Entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Póliza 39-44-101162958

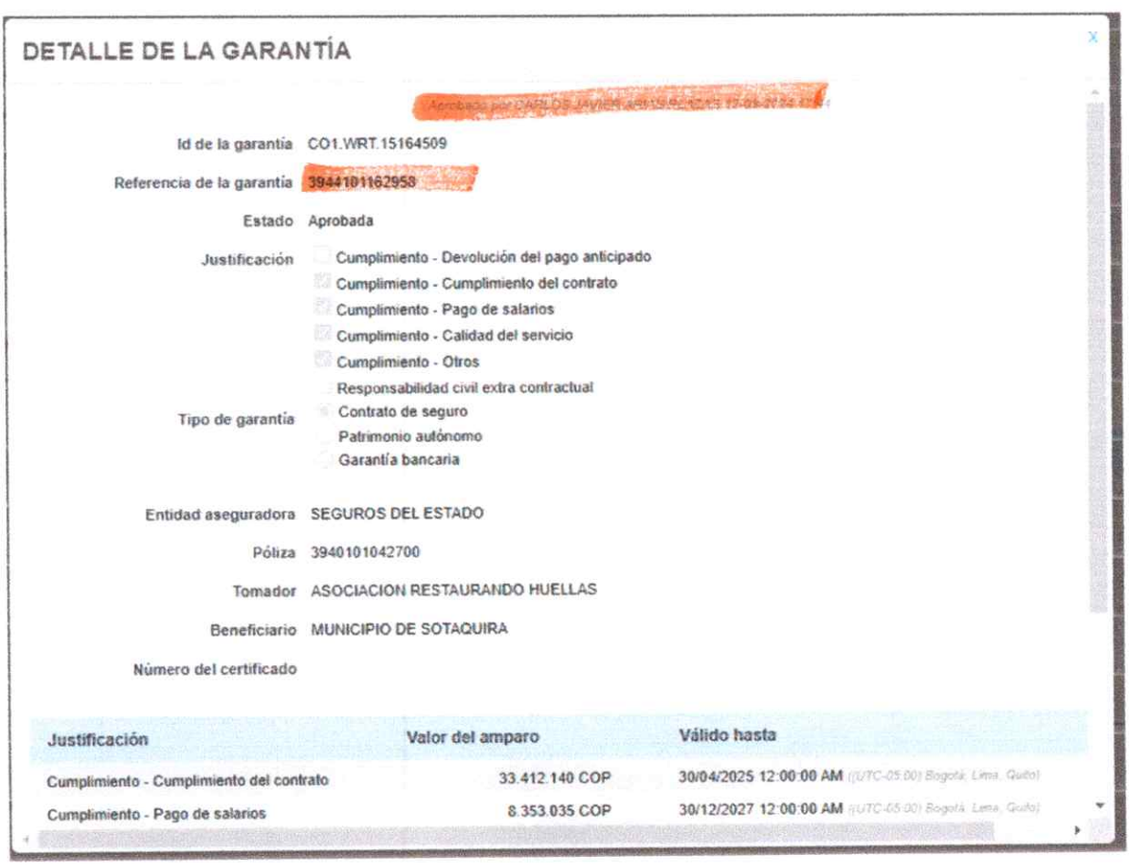
Tomador ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS

Beneficiario MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

Número del certificado

Justificación	Valor del amparo	Válido hasta
Cumplimiento - Devolución del pago anticipado	55.998.000 COP	30/11/2024 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	33.412.140 COP	30/04/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Cumplimiento - Pago de salarios	8.353.035 COP	30/12/2027 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

ANEXO 3



DETALLE DE LA GARANTÍA

Aprobado por CARLOS JAVIER ARIAS PLAZAS 17-05-2024 17:44

Id de la garantía CO1.WRT.15164509

Referencia de la garantía 3944101162958

Estado Aprobada

Justificación
- Cumplimiento - Devolución del pago anticipado
- Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- Cumplimiento - Pago de salarios
- Cumplimiento - Calidad del servicio
- Cumplimiento - Otros
- Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía
- Contrato de seguro
- Patrimonio autónomo
- Garantía bancaria

Entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO

Póliza 3940101042700

Tomador ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS

Beneficiario MUNICIPIO DE SOTAQUIRA

Número del certificado

Justificación	Valor del amparo	Válido hasta
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	33.412.140 COP	30/04/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Cumplimiento - Pago de salarios	8.353.035 COP	30/12/2027 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PÁGINA		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:	*17 de octubre del 2024*
QUIEN ENTREGA:	ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS
QUIEN RECIBE:	EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
C.C./NIT:	901063754-3
DESTINO:	SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL	C	D
59	REALIZAR DIAGNOSTICO A LA POBLACION INICIALMENTE FOCALIZADA POR EL MUNICIPION, ELABORACION DE PROTESIS DENTALES - TOMA DE IMPRESIONES, REGISTROS ELABORACION DE PROTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLES ELABORADAS EN RESINA ACRILICA TERMO Y AUTO POLIMERIZABLEMONOMERO. Y PROPILENO EN RESINA ACRILICA EN DOS CAPAS Y RETENEDOR EN ACRILICO O EN METAL SEGUN EL CASO. ADAPTACION DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES. SUMINISTRO DE PROTESIS DENTALES CAPACITACIONES EN SALUD ORAL.	933,300	55,064,700		
	FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nº 19				
	VALOR BRUTO		**55,064,700**		
	TOTAL A PAGAR		**55,064,700**		

EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
ALMACEN

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PÁGINA		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:	*17 de octubre del 2024*
QUIEN ENTREGA:	EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
QUIEN RECIBE:	MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
C.C./NIT:	1,049,656,152
DESTINO:	SECRETARA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICO

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL	C	D
59	REALIZAR DIAGNOSTICO A LA POBLACION INICIALMENTE FOCALIZADA POR EL MUNICIPION, ELABORACION DE PROTESIS DENTALES - TOMA DE IMPRESIONES, REGISTROS ELABORACION DE PROTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLES ELABORADAS EN RESINA ACRILICA TERMO Y AUTO POLIMERIZABLEMONOMERO. Y PROPILENO EN RESINA ACRILICA EN DOS CAPAS Y RETENEDOR EN ACRILICO O EN METAL SEGUN EL CASO. ADAPTACION DE PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES. SUMINISTRO DE PROTESIS DENTALES CAPACITACIONES EN SALUD ORAL.	933,300	55,064,700		
	FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nº 19				
	VALOR BRUTO		55,064,700		
	TOTAL A PAGAR		55,064,700		

EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO
ALMACEN

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
SECRETARA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y TURISTICC

FECHA PRESENTE ACTA	25 DE OCTUBRE DE 2024
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
VALOR CONTRATO INCIAL	CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS $111.996.000,00) M/CTE
VALOR ADICIONAL NO. 1.	CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE
VALOR TOTAL CON ADICIONAL	CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE
PLAZO INICIAL	Cuatro (04) MESES
PLAZO ADICIONAL	VEINTE (20) DIAS
PLAZO TOTAL	CUATRO (04) MESES Y VEINTE (20) DIAS
ENTIDAD CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SOTAQUIRA
NIT N°	891.801.061-1
REPRESENTANTE LEGAL	SALOMON BUITRAGO FONSECA
IDENTIFICACIÓN	79.263.425 de Bogotá
CONTRATISTA	ASOCIACION 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
FECHA DE INICIO	04 DE JULIO DE 2024
PERIODO DE PAGO	29 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 17 DE OCTUBRE DE 2024
PLANILLA	PENSION SEPTIEMBRE SALUD OCTUBRE 9475276324
CDP CONTRATO INICIAL	2024000289 DE FECHA 13 DE JULIO DE 204
RP CONTRATO INICIAL	2024000371 DEL 02 DE JULIO DE 2024
CDP ADICIONAL:	2024000433 DEL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2024
RP ADICIONAL:	2024000533 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2024

En Sotaquirá Boyacá, los Veinticinco (25) días del mes de octubre de 2024, se reunieron en el Despacho Municipal, **SALOMON BUITRAGO FONSECA**, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.263.425 expedida en Bogotá, en nombre y representación del Municipio de Sotaquirá Boyacá en su condición de Alcalde Municipal, y que en adelante se denominará el **MUNICIPIO**, MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ , supervisor del contrato y por la otra ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS con NIT: 901063754-3,representado legalmente por MARIA MIREYA GARCIA PACHECO identificada con cedula de ciudadanía 23.315.988 de Arcabuco, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos acordado por la presente acta y a partir de la fecha de suscripción, en liquidar el **CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024** las siguientes consideraciones:

1. Aspectos Generales del Contrato: (i) Plazo de ejecución: Suscrito el 02 DE JULIO DE 2024, y acta de inicio de fecha 04 de julio de 2024 con un plazo de ejecución de **CUATRO (04) MESES APARTIR DE SUSCRIPCION DE ACTA DE INICIO**.

2. Que el plazo del presente convenio corresponde a 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.
3. Que el valor inicial del convenio corresponde a la suma de CIENTO ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS $111.996.000,00) M/CTE y posteriormente el día 12 de SEPTIEMBRE se realiza adicional y prorroga No. 01 al convenio por un valor de CINCUENTA Y CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS ($55.064.700) M/CTE. Es así como el contrato ascendió a la suma de CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS (167.060.700) M/CTE.
4. Que el plazo inicial del convenio de la referencia correspondía a Cuatro (04) meses y posteriormente el día 12 de SEPTIEMBRE se realiza adicional y prorroga No. 01 al convenio en donde se prorroga el contrato por veinte (20) días más, quedando como plazo total de ejecución Cuatro (04) meses y veinte (20) días.
5. Que de conformidad con los establecido en los estudios previos, atendiendo lo previsto en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 (Modificada por el artículo 217 del Decreto 019 de 2013) y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007, los contratos de tracto sucesivo, aquéllos cuya ejecución o cumplimiento se prolongue en el tiempo y los demás que lo requieran, serán objeto de liquidación de común acuerdo por las partes contratantes, procedimiento que se efectuará dentro del término fijado en el pliego de condiciones o términos de referencia o, en su defecto a más tardar antes del vencimiento de los treinta (30) días siguientes a la finalización del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga.
6. Que teniendo en cuenta que por parte del contratista ya fueron ejecutadas todas las actividades contratadas, de manera oportuna y cumpliendo con las especificaciones requeridas, dentro del

CONVENIO DE ASOCIACION ESAL 005 DE 2024, se procede a liquidar en el termino legal.

7. que de acuerdo a la eficiencia y operatividad del contratista, el contrato de la referencia fue ejecutado en un 100%, en un plazo menor al estipulado dentro del contrato inicial y del ADICIONAL Y PRORROGA NO. 01, ejecutando las actividades dentro de las condiciones requeridas y establecidas, por lo que se procede a liquidar antes de que termine el plazo establecido para la ejecución del mismo.
8. Que el supervisor del **CONVENIO** avalo el informe final del objeto contractual.

Por lo expuesto, y acorde con los documentos que reposan en la carpeta del referido contrato se dispone a liquidarlo, en los siguientes términos:

CLAUSULA: PRIMERA: LIQUIDACION: Liquidar de común acuerdo el **CONVENIO ESAL 005 DE 2024**, suscrito entre el **MUNICIPIO Y EL CONTRATISTA**, de acuerdo a la información contenida en el estado de cuenta y certificado de cumplimiento a satisfacción expedido por el supervisor, en los siguientes términos:

FECHA REAL DE TERMINACION DEL CONTRATO	**17 DE OCTUBRE DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**111.996.000,00**
ADICIONAL N.001	**$ 55.064.700**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 167.060.700**
VALOR EJECUTADO	**$ 167.060.700**
SALDO SIN EJECUTAR	**$ 0,00**

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

Con la presente acta se afecta el siguiente rubro presupuestal:

RUBROS	NOMBRE	CONTRATADO	PAGOS	PRESENTE ACTA	SALDOS

2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y 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.	**$111.996.000**	**$** $**111.996.000**	**$ 0**	**$ 0**
2.3.2.02.02.009	Servicios para la comunidad, sociales y personales /R.B Estampillas / INCLUSIONSOCIALYRECONCILIACION / atencionintegral de población en situación permanente De desprotección social y/ o familiar / Intersubsectorial Desarrollo social / Centros de protección social	**$ 55.064.70 0**	**$0**	**$ 55.064.700**	**$ 0**
TOTAL		**$167.060.700**	**$$111.996.000**	**$55.064.700**	**$0**

SEGUNDA - DOCUMENTOS: Hacen parte integral de esta acta, el estado de cuenta y certificado de cumplimiento a satisfacción del objeto del contrato, expedido por el supervisor del contrato, todos los documentos que reposan en el contrato de prestación de servicios y los allegados, para realizar el trámite de liquidación del mismo.

TERCERA – PAZ Y SALVO: Las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto derivado del contrato de prestación de servicios, y el contratista renuncia a cualquier reclamación posterior en contra del MUNICIPIO y/o cualquiera otra autoridad administrativa.

CUARTA – MANIFESTACIÓN: Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que, en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado.

Para constancia firman los que en ella intervinieron a los veinticinco días (25) días del mes de octubre de 2024 en Sotaquirá - Boyacá.

MAGDA FABIOLA GARCIA LOPEZ
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL AGROPECUARIO Y TURÍSTICO
SUPERVISOR

ASOCIACIÓN RESTAURANDO HUELLAS
NIT. 901063754-3
RTE LEGAL MARIA MIREYA GARCIA
C.C. NO 23.315.988 DE ARCABUCO
CONTRATISTA

LA ENTIDAD

SALOMONBUITRAGO FONSECA
Alcalde Municipal

PROYECTO: MAGDA FABIOLA GARCÍA LÓPEZ – secretaria de desarrollo social agropecuario y turístico -Mauricio
EDGAR MAURICIO GARAVITO MARIÑO-Almacenista Municipal
REVISO: JONATHAN CAMILO GONZALEZ -Apoyo Jurídico Contratación
REVISO: CARLOS JAVIER ARIAS-Director Administrativo De Contratación
APROBÓ: Salomón Buitrago Fonseca -Alcalde Municipal