SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA
NIT. 891856507 - 9

SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Resolución No. 18762013578401
FECHA: 2019/03/20
RANGO DEL 260001 AL 320000 HABILITA
TIPO FACTURA 02 COMPUTADOR
Vigencia: 24 MESES

FACTURA DE VENTA No **304948**

Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Identificación 899999034 1
Dirección CARRERA 12 # 55A - 51
Teléfono 704035-707235
Ciudad SOGAMOSO
T238
Fecha Factura 09 / 06 / 2020
Fecha Vencimiento 09 / 07 / 2020

Paciente FONSECA CRUZ MARIA DEL CARMEN
Dirección CALLE 17 Nº 11 -32
Identificación 46352318
Teléfono 310 6965586
F. Ingreso
Historia No. T-128840
F. Salida

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
931000	Terapia Fisica* Sesion	08/05/2020	575	10,00	43.158	431.580		0	431.580

Observaciones
AUTORIZACIÓN Nº 575

SUB TOTAL	431.580
DESCUENTO	0
COPAGO / ABONO	
CUOTA MODERADORA	0
TOTAL FACTURA	**431.580**

SON: Cuatrocientos Treinta y Un Mil, Quinientos Ochenta Pesos con 00/100 *

ARIAS SUAREZ NUBIA ALEXANDRA
APROBADA FIRMA Y SELLO

ACEPTADA

FIRMA Y SELLO
C.C. O NIT.

ESTA FACTURA SE ASIMILA PARA TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGÚN EL ARTICULO 774 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO. EL NO PAGO DE ESTA FACTURA EN SU VENCIMIENTO CAUSARA INTERESES POR MORA DEL 4% MENSUAL.

TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7604757 FAX - 7631386 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com
11 / 06 / 2020 11:48:49 a.m. NUBIA ARIAS

Nº de Autorización: 575

SENA REGIONAL BOYACÁ	SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL			
	CARNÉ N°	FECHA		
	4242782-C	DÍA	MES	AÑO
		23	4	2020

NOMBRE DEL BENEFICIARIO : MARIA DEL CARMEN FONSECA

Nº IDENTIFICACIÓN: 46352318

CLINICA BOYACÁ

S/S

TERAPIA FISICA INTEGRAL N° 10 SESIONES
(Especialista en rodilla)

ESPECIFICACIONES:
ESTIRAMIENTOS DE ISQUIOTIBIALES
BANDELETA ILIOTIBIAL Y CUADRICEPS
SEDATIVA CON TENS
ULTRASONIDO

DX: GONARTROSIS BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO

Dra. Rocío Gallardo
Medico Cirujano
U. de Boyacá
RM 1252

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

Tels. 760 4756 - 760 4757 - 760 2579
Fax 7619303 - DUITAMA

Entidad: Sena

Paciente: Maria Fonseca.

Número de Sesiones 10

T. Física [X]
T. Respiratoria [ ]
Psicoterapia Individual [ ]
Nebulizaciones [ ]
Curaciones [ ]

	FECHA	FIRMA PACIENTE	CEDULA	FIRMA
1	27420			
2	28420			
3	28520			
4	29520			
5	1 junio 20			
6	2 junio			
7	3 junio 20			
8	4 junio 20			
9	5 junio 20			
10	8 junio 20			

Telf 3106965586

Clínica Boyacá
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7604757 FAX - 7631386 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

HISTORIA CLINICA
46352318

SENA

A1904730

Nombre: **FONSECA CRUZ MARIA DEL CARMEN** *Cedula De Ciudadania* ***No.:*** 46352318

Fecha Nacimiento: 26-01-1957 ***Edad:*** 63 Años ***Sexo:*** Femenino

Dirección: Calle 17 N° 11 -32 ***Municipio:*** Sogamoso ***Departamento:*** Boyaca ***Teléfono:*** 310 6965586

**** TERAPIA**** **Fecha:** 27/04/2020 **HORA:** 01:22:09 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * contrastes en rodilla, estiramiento de isquiotibiales, banda iliotibial,us pulsatil, plan casero
CONTROL DE DOLOR: 4
CONTROL DE FUERZA: 4
OBSERVACIONES: paciente ingresa al servicio realiza marcha antálgica con bastón, edema en rodilla izquierda, retracción de isquiotibiales, banda iliotibial, atrofia de cuadriceps

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- ---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 28/04/2020 **HORA:** 01:25:55 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * contrastes en rodilla, estiramiento de isquiotibiales, banda iliotibial,us pulsatil, plan casero
CONTROL DE DOLOR: 3
CONTROL DE FUERZA: 4

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- ---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 27/05/2020 **HORA:** 07:45:01 a.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Paciente NO Asistio a Terapia

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- ---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 28/05/2020 **HORA:** 07:16:14 a.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- ---------- Fin----------

Nombre: **FONSECA CRUZ MARIA DEL CARMEN** *Cedula De Ciudadania* ***No.:*** 46352318
Fecha Nacimiento: 26-01-1957 ***Edad:*** 63 Años ***Sexo:*** Femenino
Dirección: Calle 17 Nº 11 -32 ***Municipio:*** Sogamoso ***Departamento:*** Boyaca ***Teléfono:*** 310 6965586

**** TERAPIA**** **Fecha:** 29/5/2020 **HORA:** 12:57:44 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia
CONTROL DE DOLOR: 3
CONTROL DE FUERZA: 4
OBSERVACIONES: continua con dolor en el bordeinferior de la rodilla

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 01/06/2020 **HORA:** 12:57:23 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia
CONTROL DE DOLOR: 3
CONTROL DE FUERZA: 4

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 02/06/2020 **HORA:** 05:26:22 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 03/06/2020 **HORA:** 08:38:53 a.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia
CONTROL DE DOLOR: 3
CONTROL DE FUERZA: 4
OBSERVACIONES: refier dolor en tibial posterior

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- Fin----------

Nombre: **FONSECA CRUZ MARIA DEL CARMEN** *Cedula De Ciudadania* ***No.:*** 46352318
Fecha Nacimiento: 26-01-1957 ***Edad:*** 63 Años ***Sexo:*** Femenino
Dirección: Calle 17 N° 11 -32 ***Municipio:*** Sogamoso ***Departamento:*** Boyaca ***Teléfono:*** 310 6965586

**** TERAPIA**** **Fecha:** 04/06/2020 **HORA:** 12:59:50 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- ---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 05/06/2020 **HORA:** 01:00:21 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- ---------- Fin----------

**** TERAPIA**** **Fecha:** 08/06/2020 **HORA:** 02:19:02 p.m.
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: |
M171 OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
OBJETIVO:
CONDUCTA: Se realiza terapia en la cual se usaron los siguientes medios: * Medio Fisico * Electroterapia * Ejercicio * se realiza lavado de manos uso de elementos de proteccion , se realiza terapia sedativa estiramiento de isquiotibiales,banda iliotibial, us pulsatil en rodilla,crioterapia
CONTROL DE DOLOR: 3
CONTROL DE FUERZA: 4
OBSERVACIONES: paciente continua con dolor en rodilla

JIMENEZ CASTILLO SANDRA LILIANA
FISIOTERAPEUTA 070

---------- ---------- Fin----------



4242782-C

MARIA DEL CARMEN

FONSECA CRUZ

C.C. No. 46.352.318 de Sogamoso.

Fecha de Nacimiento: 26/01/1957

Rh: O+

REGIONAL META

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **46.352.318**

FONSECA CRUZ

APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA



GUILLERMO GONZALEZ PEREZ

...s de uso estrictamente ...nal y deb... ...n el ... de identidad del benefici... para a... ...zarlos indebi... ...firma ... ...personal o as... ...los.

SENA



FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1957**

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

03-MAR-1978 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00206337-F-0046352318-20091226 0019346253A 2 1350105221