


FC 36395
(71)
21051 2025

HOMI CONSECUTIVO: 148553

SOLICITANTE: Laura Camila Zarate

IDENTIFICACIÓN: 1010065552

TIPO DE SOLICITUD: Epicrisis

MOTIVO: Informar CE.

PARENTESCO: Formadora CE

FIRMA:

Jenifer

$ 3200.

FC36394 (71)

UAP HEROES
NIT 900128332-6
CALLE 75 # 22-66
TELEFONO 4926999

05-08-2025 12:24
RF 0254

ESPECI A $4,700
CAJA $4,700

(71) FC 36424

**Colsubsidio**
Con todo lo que te mereces
NIT: 860.007.336-1
Gran Contribuyente

## Recibo de Caja

Recibo #: 0164769834

Fecha: 12/05/2025

**Cliente:**
MARIA FERNANDA RIVERA CASTIBLANCO
TI 1022966248

**Concepto:**
CUOTA MODERADORA
Transacción ID 0175799573

**Total:** **$ 4,700**

Gracias por su visita

(71) FC36425

COMPROBANTE DE PAGO

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS 00075522
NIT: 901041691
T00802695
Calle 31B No 14 - 26

CENTRO MEDICO TEUSAQUILLO - 219
FECHA: 13/05/2025 01:25:55 PM
CONTRATO No. 30 - 10 - 7833908 - 1
TITULAR CONTRATO:
HERLIN ORTIZ ESPINOSA
ID TITULAR CONTRATO: C.C. 79961338
USUARIO: JUAN _DAVIDORTIZ _PINTO
ID USUARIO: T.I 1023895737
CORREO: emisioneps@epssanitas.com

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS<br>Nro: 1023895737 | 4.700 |

TOTAL: $ 4.700

FORMAS DE PAGO

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | 4.700 |

ESTE DOCUMENTO NO APLICA COMO FACTURA.
LA FACTURA LE SERÁ ENVIADA AL CORREO
ELECTRÓNICO INFORMADO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.073.717.794
SANCHEZ BUITRAGO
APELLIDOS
LAURA GERALDINE
NOMBRES
FIRMA

HOMI CONSECUTIVO: 148722

SOLICITANTE: Laura Sanchez B.

IDENTIFICACIÓN: 1073'717 794

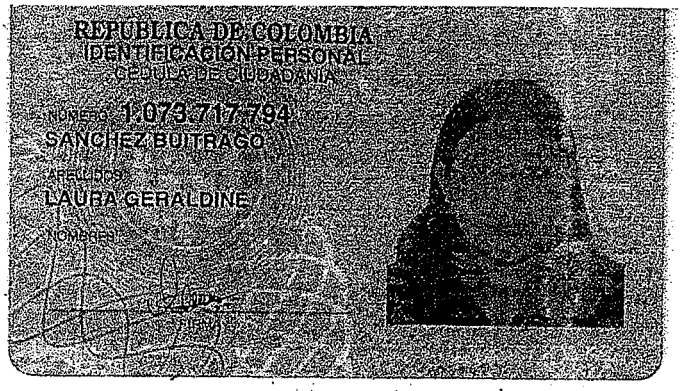
TIPO DE SOLICITUD: Egresos

MOTIVO: ICBF

PARENTESCO: Trabajadora Social

FIRMA:

$ 2800




HOMI CONSECUTIVO: 148724

SOLICITANTE: Laura Sanchez Buitrago

IDENTIFICACIÓN: 1073717794

TIPO DE SOLICITUD: Copia CC

MOTIVO: Ecbf

PARENTESCO: Hija

FIRMA:

$ 1400


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.073.717.794
SANCHEZ BUITRAGO
APELLIDOS
LAURA GERALDINE
NOMBRES
FIRMA

HOMI CONSECUTIVO: 148723

SOLICITANTE: Laura Sanchez B

IDENTIFICACIÓN: 1073'717 794

TIPO DE SOLICITUD: Epicas

MOTIVO: FCBF

PARENTESCO: Trabajadora Epicas

FIRMA

$ 1600

(71) FC36427

AUDIFARMA S.A AMB.
NIT: 816001182
MARLY (BOGOTA)
AVENIDA CARACAS NO. 48 - 29
Telefono:

Este documento no es una factura electronica de venta

COMPROBANTE DE PAGO: 188186873

FORMULA: 91620 - EVENTO
SALUD TOTAL EPS S S.A -> BOGOTA
NIT: 800130907-4 TEL.: 6296660
CRA 18 No. 109-15
CLIENTE: 7577236
DIANA LISMAR RIVERA MENDOZA

| CODIGO | CANT | VAL/UNIT. | SUBTOTAL | IVA |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | INGRESO RECIBIDO PARA TERCEROS CUOTA MODERADORA 4.700,00 | 4.700,00 | |

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 4.700 |
| IVA | 0 |
| TOTAL | 4.700 |

CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS
TOTAL ARTICULOS: 1

FORMA DE PAGO: CONTADO
MEDIO PAGO: EFECTIVO

| TARIFA | BASE | IVA |
|---|---|---|
| 0.0 | 4.700 | 0.0 |

AUTORRETENEDOR DE INDUSTRIA Y COMERCIO
EN PEREIRA ARTICULO 53
ACUERDO 41 DE 2012

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. No. 11076 DE DICIEMBRE 14 DE 2001
AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA.
AUTORRETENEDORES RES. 7863 SEP 1 DE 2005
SU APOYO FARMACEUTICO INTEGRAL

LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
LE LLEGARA AL CORREO QUE TIENE
REGISTRADO
SI NO TIENE CORREO REGISTRADO
CONSULTELA EN WWW.AUDIFARMA.COM.CO
-> OPCION CONSULTAS.
LO INVITAMOS A REGISTRAR SUS DATOS
EN NUESTRA APP.

SI REQUIERE SU FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA IMPRESA
POR FAVOR INFORMAR EN CAJA. SE LA
ENTREGAREMOS CUANDO RETORNE DE LA DIAN.

(91) FC36426

# Documento Suministro de Productos
# Cruz Verde
# NIT 800149695




Nro. de solicitud : **M-21241629**
Doc. Usuario : **1029148751**
Usuario: **SERGIO BASTIDAS DIAZ**

Recibí a conformidad los productos y el folleto de Uso Seguro

Firma
Documento

Médico : 899999123 - FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
CID Remisión: 815-2S8A-C194674192
Vendedor : OLGA PATRICIA MEJIA AGUDELO
Fecha Hora : 14/05/25 09:37 AM
Convenio : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Plan : MED SIN AUTORIZA PBS

| Cod. | Desc. | Unid. | Cant. |
|---|---|---|---|
| 61440 | ACETAMINOFEN 500MG TAB ACETAMINOFEN 500MG TAB INST CAJ X 100 AMER GEN | TAB | 20 |
| 572815 | NAPROXENO 250MG TAB NAPROXENO 250MG TAB INST CAJ X 600 GENFAR | TAB | 10 |

Copago : $4.700

Señor Usuario usted está recibiendo una dispensación informada, verifique y asegúrese siempre al recibir sus medicamentos y antes de salir del establecimiento que corresponden a lo formulado por su médico tratante (nombre, concentración (mg,ml, etc), forma farmacéutica (Tableta, capsula, etc) y cantidad) en caso de no coincidir no lo consuma e infórmelo inmediatamente al auxiliar. CV cuenta con un programa de farmacovigilancia y frente a cualquier síntoma o malestar presentado por el uso del medicamento comuníquese con su médico tratante y notifiquemos su caso

DROG FARMA SU MEJOR REMEDI
SU MEJOR REMEDIO
GALINDO EDITH JOHANNA
CL.23 #18-16 B.SANTA FE
NIT 52199175-4
Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel. 3224444176

Cliente: 800250954-5
Nombre: asociocion cristiana nuevo na
Dirección: cl 22d #18-56
Tel: 3185588400
Barrio: santa fe

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**
**No.: FMFE14069**

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764073652583 del 2024 jun. 25del Rango FMFE 501 al FMFE 50000 Vigencia 24 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

| Fecha | Hora | Cajero | Vendedor |
|---|---|---|---|
| 16/05/2025 | 17:01 | 71 MIGUE | 71 MIGU |

RISPERIDONA 1 MG 20 TABLETAS MK (P)9045
100016991 2 C $ 21.000 *
FLUOXETINA 20 MG/5ML JARABE 70 ML EX
100014672 1 C $ 21.100 *
ACIDO VALPROICO 5% JARABE 120 ML MP
100014741 1 C $ 21.300 *
SERTRALINA AURASERT 50 MG 28 TABLETAS
100025866 1 C $ 30.000 *
SERTRALINA 50 MG 10 TABLETAS AG
100012192 1 C $ 18.900 *

| | |
|---|---|
| Sub-Total | $ 112.300 |
| Descuento | $ 0 |
| **Total Factura** | **$ 112.300** |
| Valor Recibido | $ 112.300 |
| **Cambio** | **$ 0** |

| | |
|---|---|
| Exento | $ 112.300 |
| Excluido | $ 0 |
| No Gravado | $ 0 |
| Gravado | $ 0 |

Tipo de Pago efectivo: $ 112.300

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: PRINCIPAL
Cufe:
6b7279e2ce90d6ac1bc406d5fd85775ba1d97a2
11083967f092bd3c3b1e8877e94429bef9fe865f
8931208f120c242ab

Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
NODEXUM SAS

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

FC 36489
4112.300
4112.300
2863

Gmail

Centro de Acogimiento Inicial <acnncemixto@gmail.com>

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA COMPRA DE TRATAMIENTO MÉDICO YERSY NATALIA VEGA ESCARRAGA

**Miguel Angel Esguerra Bohorquez** <Miguel.Esguerra@icbf.gov.co> 16 de mayo de 2025, 4:32 p.m.
Para: Centro de Acogimiento Inicial <acnncemixto@gmail.com>, Isabel Cristina Real Ramirez <ISABEL.REAL@icbf.gov.co>, Catherine Jaimes Pinto <Catherine.Jaimes@icbf.gov.co>
CC: Maribel Ariza Burgos <Maribel.Ariza@icbf.gov.co>, Blanca Eugenia Orozco Amaya <BlancaE.Orozco@icbf.gov.co>

Buena tarde,

Teniendo en cuenta *...el interés superior...*, desde supervisión se AUTORIZA, la compra del medicamento del rubro de Botiquín y Emergencias y solicito por favor actuaciones de gestión frente a la situación de salud por parte del Operador en conjunto con la Autoridad Administrativa si es procedente.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Miguel Ángel Esguerra Bohórquez
Profesional Universitario
Grupo de Protección
ICBF Sede Regional Bogotá
Carrera 50 No 26 - 51
Teléfono: 601 4377630 Ext. 106080
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: CLASIFICADA

**De:** Centro de Acogimiento Inicial <acnncemixto@gmail.com>
**Enviado el:** viernes, 16 de mayo de 2025 11:15 a. m.
**Para:** Isabel Cristina Real Ramirez <ISABEL.REAL@icbf.gov.co>; Miguel Angel Esguerra Bohorquez <Miguel.Esguerra@icbf.gov.co>; Catherine Jaimes Pinto <Catherine.Jaimes@icbf.gov.co>
**Asunto:** SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA COMPRA DE TRATAMIENTO MÉDICO YERSY NATALIA VEGA ESCARRAGA

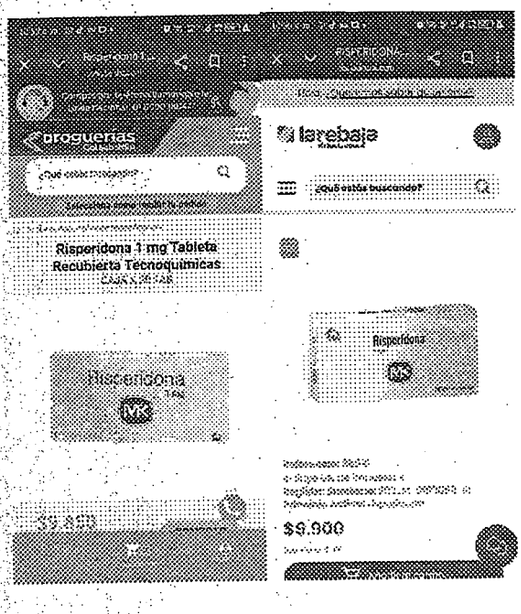
Gmail - SOLICITUD PORTABILIDAD ADOLESCENTE YERSY NATALIA VEGA ESCARRAGA - copia.pdf

(174 K)

Cordial saludo,

Doctora Isabel Cristina Real

Por medio de la presente, me permito informar que la adolescente Yersy Natalia Vega Escarraga, identificada con Tarjeta de Identidad No. 1073603904, se encuentra bajo la protección del ICBF en el Centro de Acogimiento desde




[Texto citado oculto]

# FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT. 899999123-7

## SOLICITUD MEDICAMENTOS AMBULATORIOS



**Ingreso:** 406403 **Fecha historia:** 15/05/2025 11:00:46 a. m.
**Número de folio:** 3 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - URGENCIAS OBSERVACION

**Direccion:** AVENIDA CARACAS # 1-65 **Telefono:** 3330334393

### IDENTIFICACIÓN

**Apellidos:** VEGA ESCARRAGA
**Nombres:** YERSY NATALIA
**Dirección:** CL 22 D 18 - 62 - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3044538531 - 3044538531
**Entidad responsable:** COOSALUD EPS
**Seguridad social:** COOSALUD EPS

**Historia N. :** 1073503904
**Tipo documento:** TI **Numero:** 1073503904
**Edad:** 15 Años 05 Meses 21 Dias (24/11/2009)
**Sexo biológico:** FEMENINO **Género:** Femenino
Tipo paciente: SUBSIDIADO
**Tipo afiliado:** NO APLICA

### PLAN DE MANEJO

**MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:**

| Medicamento | Administración | Duración | Cantidad |
|---|---|---|---|
| SERTRALINA 50 MG TABLETA | Administrar 50 mg cada 24 Hora(s) de forma ORAL por 30 Dia(s) | 30 Dias | 30 |
| **Indicaciones:** 1 TABLETA EN LA MAÑANA DESPUES DEL DESYUNO<br>**Justificación clínica PBS:**<br>**Cantidad en letras:** ( Treinta ) | | | |
| RISPERIDONA 1 MG TABLETA | Administrar 0,5 mg cada 24 Hora(s) de forma ORAL por 30 Hora(s) | 30 Dias | 30 |
| **Indicaciones:** MEDIA TABLETA NOCHE 7 PM<br>**Justificación clínica PBS**<br>**Cantidad en letras:** ( Treinta ) | | | |

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| CIE10 | Diagnóstico | Observaciones | Tipo | Principal |
|---|---|---|---|---|
| F412 | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION | | Confirmado nuevo | ☑ |
| F918 | OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA | | Confirmado nuevo | ☐ |

**Vigencia:** (Formula vigente para 30 dias)

1760191

**Profesional:** LAURA MUNOZ RODRIGUEZ

**Profesional:** LAURA MUNOZ RODRIGUEZ
**Especialidad:** PSIQUIATRIA
**Tarjeta Prof. #** 1020732331

Impreso el 15/05/2025 a las 20:21:50 Por el Usuario 2800 - ANDREA PRIETO
Indigo Vie EHR - Powered By Vie HealtTech - to FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA Nit: 899999123-7

Scanned with CamScanner

**Centro de Acogimiento Inicial** <acnncemixto@gmail.com> 16 de mayo de 2025, 4:06 p.m.
Para: Blanca Eugenia Orozco Amaya <BlancaE.Orozco@icbf.gov.co>

*Centro de Acogimiento Inicial*
*LA ALEGRÍA DE VIVIR*
*Calle 22D 18-62*
*Tel : 6014771358 - 3044538531 - 3174384955*

---------- Forwarded message ---------
De: **Centro de Acogimiento Inicial** <acnncemixto@gmail.com>
[Texto citado oculto]
[Texto citado oculto]

**2 archivos adjuntos**

**Nazareth Garrido .pdf**
942K

**CS PDF 2025-05-16 14.15.39.pdf**
318K

**Miguel Angel Esguerra Bohorquez** <Miguel.Esguerra@icbf.gov.co> 16 de mayo de 2025, 4:23 p.m.
Para: Centro de Acogimiento Inicial <acnncemixto@gmail.com>, Diana Milena Jaime Cruz <Diana.Jaime@icbf.gov.co>, Catherine Jaimes Pinto <Catherine.Jaimes@icbf.gov.co>
CC: Blanca Eugenia Orozco Amaya <BlancaE.Orozco@icbf.gov.co>

Buena tarde,

Teniendo en cuenta ...*el interés superior*..., desde supervisión se AUTORIZA, la compra del medicamento del rubro de Botiquín y Emergencias y solicito por favor actuaciones de gestión frente a la situación de salud por parte del Operador en conjunto con la Autoridad Administrativa si es procedente.

Cordialmente,

---

**De:** Centro de Acogimiento Inicial <acnncemixto@gmail.com>
**Enviado el:** viernes, 16 de mayo de 2025 2:33 p. m.
**Para:** Diana Milena Jaime Cruz <Diana.Jaime@icbf.gov.co>; Miguel Angel Esguerra Bohorquez <Miguel.Esguerra@icbf.gov.co>; Catherine Jaimes Pinto <Catherine.Jaimes@icbf.gov.co>; blanca.orozco@icbf.gov.co
**Asunto:** SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA COMPRA DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO NAZARETH DEL CARMEN GARRIDO ORTIZ

Cordial saludo,

Secretaría de Salud
Sóbred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181

Fecha Actual : viernes, 16 mayo 2025

## FORMULACION MEDICA EXTERNO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Paciente | NAZARETH DEL CARMEN GARRIDO | | | Folio | 2 |
| Identificacion | VEN33565806 | Edad | 17 Años / 1 Meses / 7 Dias | No. Historia | VEN33565806 |
| Centro- Atencion | HOSPITAL SAN BLAS | Telefono | 0 | Ingreso | 18545064 |
| Direccion | Transversal 5 este No.19 - 50 sur | Cama | | Fecha Ingreso | 16/05/2025 12:39:07 p. m. |
| Entidad | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA SIGLA NUEVA EPS SA | Telefono | 2891100 | Fecha prescripcion | 16/05/2025 2:05 p. m. |
| No. Cama | | | | Suministro Paciente | |
| Plan de Beneficios: | NUEVA EPS-S | Area de Servicio: | 3BLU01 - SAN BLAS CONSULTA URGENCIAS ADULTOS | | |
| | | | | Tipo de Usuario: | SUBSIDIADO NIVEL 0 |

**Diagnostico Principal :** F602 - TRASTORNO ASOCIAL DE LA PERSONALIDAD
**Causa Externa:** Enfermedad_general **Finalidad Consulta:** Tratamiento

**No Formula:** FAMI000029490897

**DIAGNOSTICOS**

| Código | Nombre |
|---|---|
| F602 | TRASTORNO ASOCIAL DE LA PERSONALIDAD |

**MEDICAMENTOS POS**

| | Medicamento | Cantidad | Concentra. | Forma Farmacéutica | Via Admin. | Indicaciones | T.D. | Dura. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 122MN012910 | VALPROICO ACIDO 250 mg/5 mL JARABE 120ML | (4) CUATRO | 250 MG/5ML | FRASCO | Oral | 5 cc en la noche | ☑ 90 | Dia |
| 122MN012788 | FLUOXETINA CLORHIDRATO 20 mg/5mL JARABE FRASCO 70 mL | (4) CUATRO | 20 mg/ml | FRASCO | Oral | 5 cc al dia con el desayuno | ☑ 90 | Dia |

**Total Items: 2**

Juan Pablo Rincon

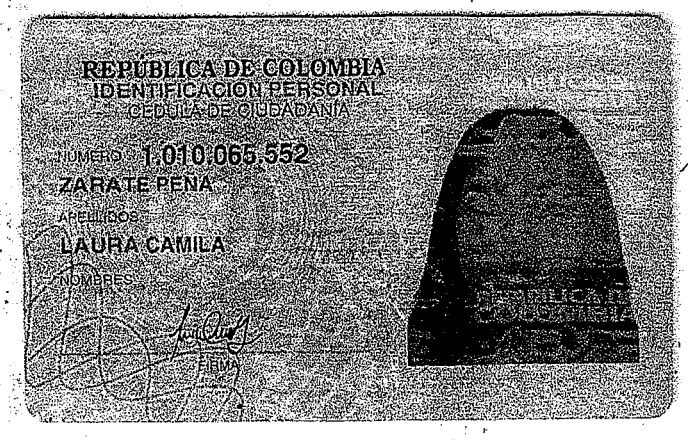
RINCON RODRIGUEZ JUAN PABLO
MEDICINA GENERAL
1023886172

**Reclame INMEDIATAMENTE, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:00 am a 4:30 pm, sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.**

"Señor usuario si usted es paciente crónico mayor de 70 años, gestantes alto riesgo o paciente en condición de discapacidad puede solicitar sus medicamentos a domicilio, solicite información en la farmacia más cercana"

Fluoxetina 1 frasco Tma cu
Acido valproico 1 frasco Tma cu

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]




FC36499
(71)

16 10518025

HOMI CONSECUTIVO: 1488944

SOLICITANTE: laura zarate

IDENTIFICACIÓN: 1010065552

TIPO DE SOLICITUD: Reclamación Epicrisis

MOTIVO: Registro CE ICBF ($1600).

PARENTESCO: Cuidadora CE Nuevo nacimiento

FIRMA:

Jenifer


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.010.065.552
ZARATE PEÑA
APELLIDOS
LAURA CAMILA
NOMBRES
FIRMA

FC 36499
C91)

16/05/2025

HOMI CONSECUTIVO: 148893

SOLICITANTE: Laura Camila Zarate Pena

IDENTIFICACIÓN 1010065552

TIPO DE SOLICITUD Reclamacion Expedicion

MOTIVO Reclama CE SCBF ($20000).

PARENTESCO Formadora CE Nuevo documento

FIRMA

Jenifer




FE36499
(71)

16/05/2025

HOMI CONSECUTIVO: 148889

SOLICITANTE: Laura Camila Zarate

IDENTIFICACIÓN: 1010065552

TIPO DE SOLICITUD: Reclamación Epicrisis

MOTIVO: Reguisito CE ICBF ($2000)

PARENTESCO: Formadora CE Lugo Alojamiento

FIRMA:

Jenifer

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT: 900959048

Fecha Actual : viernes, 23 mayo 2025

QR - DIAN

## FACTURA ELECTRONICA DE VENTA 6684944

**Fecha : 23 may. 2025 10:09 a. m.**

**C U F E : 4a7954d9fcc69104ccb07d3d8060857939447c61508a0db733ebb45eb69f28f9e2959377a9247a3d7cdcbc70f25aa700**

**Nombre del Paciente:** HELEN MARIANA ALONSO BONILLA

**Tipo de Documento:** TI **N° :** 1030603445

**Entidad** PART01 PARTICULARES

**Plan** PART_01 PARTICULARES

**Estrato** 11 BENEFICIARIO CATEGORIA A

**Centro** BO37 HOSPITAL BOSA

**Fec Ingreso** 23 may. 2025 10:07 a. m.

**Fec Egreso** 23 may. 2025 10:08 a. m.

**Tipo** Contributivo

**Edad** 15 Años / 6 Meses / 3 Días

**Sexo** Femenino

**Ingreso** 12862508

**Usuario** 1022963390 - SINDY TATIANA SOTELO

| CÓDIGO | NOMBRE. | CANT | VR UNIT | AJUSTE | VR PAC | VR ENT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS NO QUIRURGICOS** | | | | | | |
| INYE01 | INYECTOLOGIA Médico :79563196 - MANUEL FRANCISCO GUIO GARCIA | 1,00 | $ 3.200,00 | $ 0,00 | $ 3.200,00 | $ 0,00 |

| | |
|---|---|
| **VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS** | $ 3.200,00 |
| **VALOR ANTICIPO** | $ 0,00 |
| **VALOR ABONO** | $ 3.200,00 |
| **VALOR IVA** | $ 0,00 |
| **VALOR DESCUENTO** | $ 0,00 |
| **VALOR FRANQUICIA** | $ 0,00 |
| **VALOR TOTAL FACTURA** | $ 3.200,00 |

**RECIBO DE CAJA** 000000000467869 **VALOR** $ 3.200,00

**TOTAL:** TRES MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**INSTITUCION** **RESPONSABLE** **FIRMA DE ACEPTACIÓN**

**Favor no efectuar ningún tipo de Retención en la Fuente. No contribuyentes del impuesto de la Renta y Complementarios Art. 23 de E.T-GRANDES CONTRIBUYENTES-Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. AUTORIZACIÓN DE FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIONES No.18764005062728 del 1/10/2020, consecutivo 6.093.000, No. 18764019072145 del 5/10/2021 consecutivo 6.178.764, No. 18764037429655 del 5/10/2022 consecutivo. 6.292.910, No. 18764057434807 del 10/04/2023 consecutivo 6.416.261, No. 18764080994156 del 04/10/2024 13:55 hasta 04/10/2025 desde el consecutivo 6.538.045 a 10.000.000.**

Nombre reporte : FCRPFacturaPaciente

Usuario Id. :1022963390

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

COMPROBANTE DE PAGO

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS 00090843
NIT: 901041691
T01212553
Calle 31B No 14 - 26

CENTRO MEDICO TEUSAQUILLO - 218
FECHA: 23/05/2025 07:29:14 AM
CONTRATO No. 30 - 10 - 7833908 - 1
TITULAR CONTRATO:
HERLIN ORTIZ ESPINOSA
ID TITULAR CONTRATO: C.C. 79961338
USUARIO: JUAN _DAVIDORTIZ _PINIO
ID USUARIO: T.I 1023895737
CORREO: emisioneps@epssanitas.com

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS Nro: 1023895737 | 4.700 |

TOTAL: $ 4.700

FORMAS DE PAGO

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | 4.700 |

ESTE DOCUMENTO NO APLICA COMO FACTURA.
LA FACTURA LE SERA ENVIADA AL CORREO
ELECTRONICO INFORMADO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.004.344.087
TOVAR VARGAS
APELLIDOS
JOSE RODOLFO
NOMBRES
FIRMA

29/05/2025

HOMI CONSECUTIVO: 149207

SOLICITANTE: José Tovar Vargas

IDENTIFICACIÓN: 1004344087

TIPO DE SOLICITUD: Cupcasis

MOTIVO: Retiro interna adolescente

PARENTESCO: Docente FCBF ($2200=)

FIRMA:

Jennifer


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.004.344.087
TOVAR VARGAS
APELLIDOS
JOSE RODOLFO
NOMBRES
FIRMA

29/05/2025-

HOMI CONSECUTIVO: 149206

SOLICITANTE: Josi Tovar Vargas

IDENTIFICACION: 1004349087

TIPO DE SOLICITUD: Epicrisis

MOTIVO: Retiro menores de edad

PARENTESCO: Docente ICBF ($2200)

FIRMA:

Jenifer

**VIRREY SOLIS I.P.S.**

Nit: 800003765 - 1

**FACTURA DE VENTA**
No. V36-6109
Fecha: 05/20/2025
Hora: 09:54

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre protegido:** LUIS ALFREDO FUENTES MATUTE | | | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 1201223797(TI) |
| **Edad:** 14 **Sexo:** Masculino | **Régimen:** Contributivo | | **Teléfono:** 3165832370 |
| **Dirección:** CL 68 B 111 C 60 | **Ciudad:** Bogota | | **E-mail:** LUISYALINSO@GMAIL.COM |
| **NAP:** 01268-2527075412 | **Forma Pago:** Efectivo | | **Medio de Pago:** Contado |
| **Codigo de Prestador (REPS):** 110010962313 | **Numero (MIPRES):** | | **Tipo de Usuario:** Contributivo beneficiario |
| **Numero Contrato:** CVC-22-BOG0154 | **Numero ID Suministro (MIPRES):** | | |

| Item | Código | Servicio | Cuota de Recuperacion | Pagos Compartidos | UN | Cant | Vr. unitario | Vr. TOTAL | Copago Cuota Mod | % Imp | Vr. Imp | Base Imp | Vr. Subsi | Vr. Finan | Saldo Entidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | CONSULTA EXTERNA-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR | $ 0 | $ 0 | | 1 | $ 4.700 | $ 4.700 | $ 4.700 | | $ 0 | $ 0 | | | $ 0 |

**Cajero:** Luz AT

| | | |
|---|---|---|
| **Sub Total:** | $ | $ 4.700 |
| **Valor IVA:** | $ | $ 0 |
| **Valor a pagar:** | $ | $ 4.700 |
| **Valor Cancelado:** | $ | $ 4.700 |
| **Pago Pendiente:** | $ | $ 0,00 |

Actividad Económica 304 Somos Grandes Contribuyentes No Somos Autorretenedores Resolución 01220 de Diciembre 26 de 2022

RESOLUCION DIAN No. 18764075204212 RANGO AUTORIZADO Del No. B038-1 Al No. B038-1000000

**SEDE PRESTACIÓN SERVICIO:** AV CARACAS 49 83 SEDE: VS CHAPINERO

**SEDE PRINCIPAL:** BOGOTA Cra 67 No 4G-68 **TEL.:** (1) 4473535 **SUCURSALES:** CALI, GIRARDOT, IBAGUE, MANIZALES, MEDELLIN, MONTERIA, PEREIRA, SINCELEJO, VALLEDUPAR, VILLAVICENCIO

(71)

BANCO DE ALIMENTOS BOGOTÁ. DESDE 2001

ORGANIZACIÓN:ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIEN

001 ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIEN

DIRECCIÓN PUNTO DE ENVÍO : CALLE 22D # 18 - 62

BARRIO : SANTA FE INMACULADA CONCEPCION

MUNICIPIO : Bogotá, D.C. DEPARTAMENTO : Bogotá

CONTACTO : ELKIN PATIÑO

TELEFONO : 3125934082 CELULAR : 3125934082

NIT. : 800250954-5

SALIDA DE BODEGA 247319 FECHA : 2025-May-26

| ITEM | DESCRIPCION | BOODEGA | CANTIDAD | UM |
|---|---|---|---|---|
| NA0047 | CREMA DENTAL X 50 ML | B005 | 29,0 | UND |
| NA0105 | JABON EN POLVO X 3000 GR | B005 | 60,0 | UND |
| NA0127 | LAVALOZA X 1000 ML | B005 | 12,0 | UND |
| NA0093 | ESCOBA X UNID | B005 | 24,0 | UND |
| NA0058 | DESENGRASANTE X 1000 ML | B005 | 24,0 | UND |
| NA0435 | CREMA DENTAL X 60 ML | B005 | 48,0 | UND |
| NA0601 | SHAMPOO X 33 ML | B005 | 27,0 | UND |
| NA0764 | TOALLA HIGIENCA X 30 UND | B005 | 32,0 | UND |
| NA0883 | SHAMPOO X 750 ML | B005 | 41,0 | UND |
| NA0893 | ACONDICIONADOR X 325 ML | B005 | 11,0 | UND |
| NA1045 | CEPILLO DENTAL X UND-COMPRA | B005 | 120,0 | UND |
| NA1083 | TOALLAS HIGIENICAS X 30 UNDS | B005 | 21,0 | UND |
| AP0022 | TAPABOCAS DESECHABLE CAJA X 50 UNDS | B005 | 10,0 | UND |
| NA1309 | ARTICULO CUIDADO PERSONAL TIPO A CV | B005 | 20,0 | UND |
| NA1344 | ZAPATON ANTIFLUIDO O.M | B005 | 54,0 | UND |
| NA1379 | CREMA DENTAL X 75 CC | B005 | 60,0 | UND |
| NA1384 | GUANTE DE NITRILO X 50 UN | B005 | 19,0 | UND |
| NA1397 | SUMINISTROS MEDICOS TIPO C | B005 | 10,0 | UND |
| NA1429 | CUIDADO PERSONAL PREMIUN | B005 | 20,0 | UND |
| NA1440 | SUMINISTRO MEDICO TIPO D | B005 | 20,0 | UND |
| NA1195 | TOALLAS HIGIENICAS X 10 UNDS | B005 | 96,0 | UND |
| NA1540 | CUIDADO PERSONAL PREMIUM II | B005 | 20,0 | UND |
| NA0372 | MAQUINA DE AFEITAR X UND | B005 | 48,0 | UND |
| NA1043 | DESODORANTE X 20 G | B005 | 120,0 | UND |
| | **Total Cantidad** | | 946,0 | |

Separe: _____ Entrega: _____

Recibe.: _____

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION

BANCO DE ALIMENTOS BOGOTÁ. DESDE 2001

001 ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIEN
DIRECCIÓN PUNTO DE ENVÍO : CALLE 22D # 18 - 62
BARRIO : SANTA FE — INMACULADA CONCEPCION
MUNICIPIO : Bogotá, D.C. — DEPARTAMENTO : Bogotá
CONTACTO : ELKIN PATIÑO
TELEFONO : 3125934082 — CELULAR : 3125934082
NIT. : 800250954-5

SALIDA DE BODEGA 247319 FECHA : 2025-May-26

| ITEM | DESCRIPCION | BOODEGA | CANTIDAD | UM |
|---|---|---|---|---|
| NA1957 | PAPEL HIGIENICO X 45 ROLLOS | B005 | 10,0 | UND |
| NA2016 | TOLLAS MULTIUSOS GRANDE | B005 | 36,0 | UND |
| OC0265 | BOLSA FRIO CALOR PARA NIÑOS X UND | B005 | 6,0 | UND |
| AH0073 | LIMPIADOR MULTIUSOS X 20 LTS | B005 | 8,0 | UND |

**Total Cantidad** 1.006,0

Separe: _____ Entrega: _____

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION

Recibe.: _____

BANCO DE ALIMENTOS BOGOTÁ. DESDE 2005

001 ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIEN
DIRECCIÓN PUNTO DE ENVÍO : CALLE 22D # 18 - 62
BARRIO : SANTA FE — INMACULADA CONCEPCION
MUNICIPIO : Bogotá, D.C. — DEPARTAMENTO : Bogotá
CONTACTO : ELKIN PATIÑO
TELEFONO : 3125934082 — CELULAR : 3125934082
NIT. : 800250954-5

INSTITUCION : 001 ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIEN
DIRECCIÓN : CALLE 22D # 18 - 62
TELEFONO : 3125934082
NIT. : 800250954-5

BONO DE DONACION
BD-00247365

FECHA: 2025-05-26

DIOS LOS BENDIGA POR SU DONACIÓN $2.684.827,00 TOTAL DONACION

Amigos de las Organizaciones, les recordamos: Por favor, informénos de los cambios y evitemos las sanciones de la DIAN por datos incompletos o falsos.* Tener cuidado en NO comercializar los productos que nos donan o que compramos para socorrer la población que se benefician por medio de las organizaciones vinculadas a nuestro Banco de Alimentos de Bogotá * No olvidemos que los productos deben ser aprovechados antes de su vencimiento y debemos cuidarlos con el correcto almacenamiento, cadenas de frío y protegiéndolos de cualquier posibilidad de contaminación.
El Cardenal Luis José Rueda Aparicio nos insiste: "El Señor ama a Colombia, el Señor ha acompañado la historia de nuestro pais en los momentos de claridad y de oscuridad, nunca nos deja solos, es esa certeza la que nos fortalece y nos llena de esperanza para seguir caminando juntos y sirviendonos unos a otros"
Solicitamos el compromiso de todos los que reciben los producotos ya de compra o donación para que se haga el mejor uso de ellos, la comercializacón no puede ser posible, pues quienes nos ayudan, cuentan con ustedes para que la lucha contra el hambre nos ayude a dignificar la vida de quienes pasan hambre.

FIRMA Y SELLO BANCO DE ALIMENTOS

Ojala podamos seguir en la Lucha contra el hambre, identificando nuestro deseo de hacer el trabajo con sabor a Evangelio, superando las dificultades y mejorando todas nuestras intervenciones.* Sus Quejas y Reclamos deben ser enviados al correo pqrcalidad@bancodealimentos.org.co dentro de las siguientes 24 horas de recibido el producto.* *Recordamos compromiso de actualizar documentos legales al 2023, si no lo ha hecho por favor contactarse al correo gestionsocial@bancodealimentos.org.co o al celular 3125014578. NECESITAMOS QUE REVISEN EL PEDIDO Y ANOTEN LOS FALTANTES Y SOBRANTE.

NO PODEMOS COMERCIALIZAR, CUIDEMOS LOS PRODUCTOS PARA ASEGURAR UNA VIDA MAS DIGNA A LOS QUE PASAN HAMBRE. OJO: NO COMERCIALIZAR

IMEVI I.P.S. SAS
830027558

IMEVI

Consulta Externa

Factura # -151105

Admisión # 7854429

IMEVI_ATM_10

Fecha Pago: 2025-05-27 * 01:25

ID Pago: 1139504

Ninguno 1023954228

MARIA VALENTINA BELTRAN CORTES

INFORMACIÓN DE LA CITA

1ER VEZ OPTOMETRÍA 360

2025-05-27 * 01:40

OPTOMETRIA 360 VILLA DEL RIO

DIAG. 57C SUR 62-60 LOCAL 259

VALOR: $ 4.700

Efectivo: $ 5.000 Cambio: $ 300

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764074717359 DEL 09/07/2024 PREFIJO FEAS RANGO DEL 118514 HASTA 500000 VIGENCIA 12 MESES




27/05/2025

HOMI CONSECUTIVO: 14929

SOLICITANTE: Laura Sanchez Buitrago

IDENTIFICACIÓN: 1073 717 794

TIPO DE SOLICITUD: Epicrisis ($ 2600=)

MOTIVO: ICBF

PARENTESCO: Trabajadora Social

FIRMA:

Jenifer

Laura Sánchez Buitrago
Trabajadora Social
TP. 1073.717.794
Univ. Minuto de Dios




27/05/2025

HOMI CONSECUTIVO: 149128

SOLICITANTE: Laura Sánchez B

IDENTIFICACIÓN: 1073717794

TIPO DE SOLICITUD: Epicrisis

MOTIVO: ICBF ($1600)

PARENTESCO: Trabajadora Social

FIRMA:

Laura Sánchez Buitrago
Trabajadora Social
TP. 1073.717.794
Univ. Minuto de Dios

Jenifer-