CUENTA DE COBRO REGIMEN SIMPLIFICADO

Documento Equivalente a Factura, (Art.3 Dec.522 de 2003)

Ciudad y Fecha:	Cartagena de Indias, 10 de Junio de 2025	Cuenta Cobro No.	4

PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA
NIT. 806.000084-2

DEBE A:

VANESA CAROLINA ANGULO PEÑALOZA
IDENTIFICACIÓN No. 1140886215

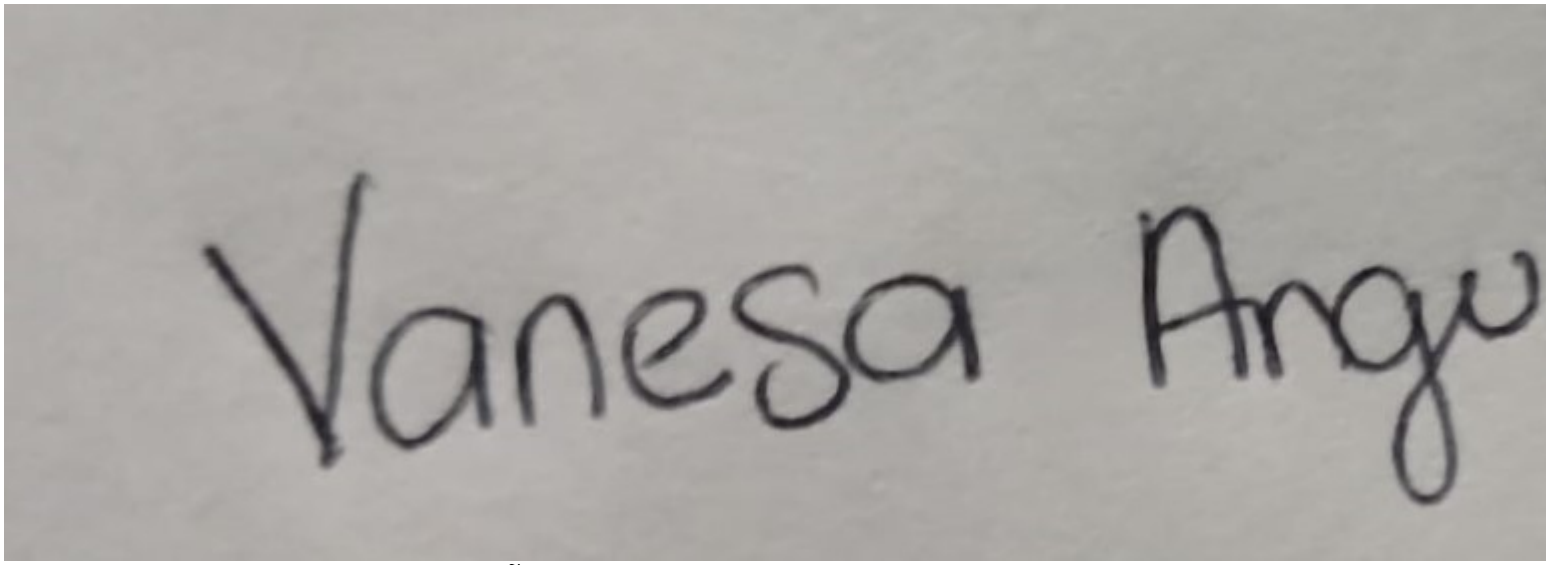
LA SUMA DE:
$2,000,000
Dos Millones de pesos 00 M/CTE

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO TÉCNICO Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE PERSONERÍA DELEGADA PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO - SALUD PÚBLICA O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO. .

Desembolso No.	4	Periodo reportado:	Del 11 de Mayo al 10 de Junio del 2025

Entidad Bancaria:	BANCO DAVIVIENDA SA	Tipo de Cuenta:	AHORRO
Cuenta Bancaria No.	0550488442646979	Títular de la Cuenta:	VANESA CAROLINA ANGULO PEÑALOZA



VANESA CAROLINA ANGULO PEÑALOZA
1140886215

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
	FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO. (Art. 83 Ley 1474/2011 – Art. 4.5 Res. 1224001 de 2018)	
CODIGO: GA-F-018	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN :(d-m-a): 13/05/2021

INFORME DE CONTROL TÉCNICO, ADMINISTRATIVO, FINANCIERO, CONTABLE, Y JURÍDICO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	
1. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y JURÍDICA DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7455944	
1.1 Lugar y fecha de suscripción:	Cartagena de Indias, 11 de Febrero del 2025
1.2 Tipo de Contrato:	Prestación de servicios
1.3 Contratista:	Nombre: VANESA CAROLINA ANGULO PEÑALOZA CC/NIT: 1140886215
1.4 Contratante:	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA NIT: 806000084-2
1.5 Supervisor:	Nombre: HAROLDO ANTONIO RAMÍREZ LADRÓN DE GUEVARA
1.6 Objeto:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO TÉCNICO Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE PERSONERÍA DELEGADA PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO - SALUD PÚBLICA O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO.
1.7 Plazo:	9 MESES
1.8 Plazo Otro Si:	
1.9 Polizas:	
1.10 Fecha de Inicio:	11 de Febrero del 2025
2. INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7455944	
2.1 CDP No:	14
2.2 CDP OTROS SI No:	
2.3 CRP No:	72
2.4 CRP OTRO SI No:	
2.5 Valor del contrato:	$ 18000000
2.6 Valor del Otro SI:	$
2.7 Valor parcial:	$ 2000000
3. CONTROL DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7455944	
El suscrito Supervisor, por medio del presente informe certifica que ha revisado a través del sistema SIAP y/o SECOP II el informe de actividades presentado por el contratista y los soportes de estas, para acreditar el cumplimiento del objeto contractual durante el periodo de ejecución comprendido entre Del 11 de Mayo al 10 de Junio del 2025 y que dicho informe de actividades satisface el cumplimiento las obligaciones contraídas en el Contrato, por lo que se reciben a satisfacción. Así mismo se informa, que el Contratista anexó a través del sistema SIAP y/o SECOP II su factura o cuenta de cobro con la documentación exigida para el trámite de pago, la cual fue objeto de verificación por la Dirección Administrativa de la Personería de Cartagena, respecto a la información financiera, periodos de pago y de seguridad social del contratista.	

Conforme con lo anterior, se expide el presente informe para el pago de los servicios prestados, el 12 de Junio del 2025.



HAROLDO ANTONIO RAMÍREZ LADRÓN DE GUEVARA
1047451015

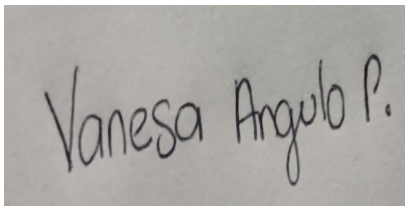
	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GA-F-005
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Versión: 2
	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de aprobación (d/m/a): 22/04/2016

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.7455944	
OBJETO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO TÉCNICO Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE PERSONERÍA DELEGADA PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO - SALUD PÚBLICA O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO.
VALOR DEL CONTRATO	$ 18000000
PLAZO DE EJECUCION	9 MESES
FECHA FIRMA CONTRATO	11 de Febrero del 2025
FECHA INICIO CONTRATO	11 de Febrero del 2025
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1140886215
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VANESA CAROLINA ANGULO PEÑALOZA
VALOR PAGO PARCIAL:	2000000
PERIODO DE ACTIVIDADES:	Del 11 de Mayo al 10 de Junio del 2025

ACTIVIDADES REALIZADAS

No.	Radicado	Fecha	Nombre de la Actividad	Asunto	Descripcion
1	250610110140886215134704	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	AUTORIZACION DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	PACIENTE TALIANA ARGEL QUINONES TI 1142922121 REQUIERE SERVICIOS DE PERSONERIA PARA AUTORIZACIONES DE ESTUDIOS EN IPS
2	250610110140886215134715	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	AUTORIZACION DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	PACIENTE LAURA STEFANI TEHERAN CC 55312848 REQUIERE SERVICIOS DE PERSONERIA PARA AUTORIZACION DE ESTIDO E IPS
3	250610110140886215134722	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	REMISION A OTRAS ENTIDADES	PACIENTE THAKIANA JERES MERCADO TI 1142937192 REQUIEER SERVICIOS DE PERSONERIA PARA TRASALDO A IPS
4	250610110140886215134724	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	CAMBIO DE IPS DE ATENCION	PACIENTE JAISON FLOREZ ARMENTA CC 1128225990 REQUIEER SERVCIOS DE PERSONERIA PAAR ENLACE CON EPS FALILIAR DE COLOMBIA PARA VERIFICAR ESTADO DEL PACIENTE A HOSTAL
5	250610110140886215134729	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	AUTORIZACION DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	PACIENTE LEAH MOLINA MEDINA TI 1098476106 REQIIERE SERVICIOS DE PERSONERIA PARA AUTORIZACIONES DE ESTUDIO
6	250610110140886215134730	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	DEMORA EN ASIGNACION DE CITAS MEDICAS	PACIENTE INES PEERZ HOUOS CC 45469242 REQUIEER SERVICIOS DE PERONERIA PARA ASIGNACION DE CITA CON FECHA RELAJANA
7	250610110140886215134731	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	DEMORA EN ASIGNACION DE CITAS MEDICAS	PACIENTE YOELIS DE AVILA CORREA CC 1042579965 REQUIERE SERVICIOS DE PERSONERIA
8	250610110140886215134734	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	DEMORA EN ASIGNACION DE CITAS MEDICAS	ADRIANA MARTINEZ BERRIO CC 45451428 REQUIEERS ERVICIOS DE PERSONERIA PARA SIGNACION DE CITA CON FECHA CERCANA
9	250610110140886215134735	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	NO ENTREGA DE MEDICAMENTOS	PACIENTE LAURA OSPINA ARSUSA CC 1049831438 REQUIERES ERVCIOS DE PERSONERIA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS PENDIENTE
10	250610110140886215134736	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	AUTORIZACION DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	PACIENTE YIRA PAOLA BELLO MERCADO CC 45559245 REQUEIRE SERVICIOS DE PERSONERIA PARA AGENDAMIENTO DE CITA CON FECHA CERCANA

11	2506101140886215134823	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	NO ENTREGA DE MEDICAMENTOS	PACIENTE FANNY REBOLLEDO MIRANDA 23228688 REQUIERES ERVCIOS DE PERSONWRIA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS
12	2506101140886215134826	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	DEMORA EN ASIGNACION DE CITAS MEDICAS	PACIENTE VILMA PATERNINA 23224000 REQUEIER SERVCIOS DE PERSONERIA PARA SIGNACION DE CITA CON FECHA LEJANA
13	2506101140886215134829	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	DEMORA EN PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS	PACIETE MANUEL MORLES RUIZ CC 1002188187 REQUEIERS ERVICIOS DE PERSONERIA YA QUE FA,ILIARES MANIFIESTAN NO SABER SOBREPROCEDIMIENTOS DEL PACIENTE
14	2506101140886215134835	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	DEMORA EN ASIGNACION DE CITAS MEDICAS	PACIENTE PIPO OROZCO CC 73099357 REQUEIERS ERVICIOS DE EPRSONERIA PATA CITA DE CARACTER URGENTE
15	2506101140886215134836	2025-06-10	RECEPCION DE QUEJA	DEMORA EN PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS	PACIENTE ERQUEIER SERVCIOS DE EPRSONERIA PARA ATENCION EN IRGENCIA YA QUE LLEVA MAS DE DOS HORAS Y VIENE REMITIDA DE CITA LEAH MOLONA MEDINA TI 1098876106



VANESA CAROLINA ANGULO PEÑALOZA
1140886215

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140886215		ANGULO PEÑALOZA VANESA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO ESCALLON VILLA CALLE 30 G 55-36	CARTAGENA-BOLIVAR	3053232829	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1544478276	9486278822	I	2025/06/06	2025/06/10	NEQUI	4	$414,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1140886215 ANGULO VANESA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140886215		ANGULO PEÑALOZA VANESA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO ESCALLON VILLA CALLE 30 G 55-36	CARTAGENA-BOLIVAR	3053232829	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1544478276	9486278822	I	2025/06/06	2025/06/10	NEQUI	4	$414,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$600	$0	$228,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$600	$0	$228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$500	$0	$178,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$500	$0	$178,500
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$1,200**	**$0**	**$414,500**

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Nuevo Hospital Bocagrande.		NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Vanesa Angulo.	
PROCESO: Cita de Especialista Epatologia.			
OBJETIVO: Consecución de cita.			
FECHA: 5-06-2025.	HORA:		

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA			
NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Pupo Orozco	73099357	Coosalud	

OBSERVACIONES

Paciente requiere Servicio de la Personería. para una cita ya que se la dan fecha lejana.

Se realiza el enlace correspondiente con Sicau y se logra la agendamiento de la cita con fecha cercana.

La presente acta es firmada á los 5 (dias) del mes de Junio de 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre: Vanesa Angulo
Cargo:

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

Buen día.

cordial saludo

Señor usuario, la cita fue programada para el día 17 DE JUNIO hora 4:00 P.m. con el Dr MORALES estar presente con 10 minutos antes.

Por favor traer: Orden medica, historia clínica y documento de identidad.

Lugar de atención: Sede 2 del Nuevo Hospital de Bocagrande. Dirección Bocagrande Carrera 4#5 - 90, al lado del restaurante Dunia.

Por favor confirmar asistencia del paciente

Powered by CamScanner

Buen día.

cordial saludo

Señor usuario, la cita fue programada para el día 17 DE JUNIO hora 4:00 P.m. con el Dr MORALES estar presente con 10 minutos antes.

Por favor traer: Orden medica, historia clínica y documento de identidad.

Lugar de atención: Sede 2 del Nuevo Hospital de Bocagrande. Dirección Bocagrande Carrera 4#5 - 90, al lado del restaurante Dunia.

Por favor confirmar asistencia del paciente

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR:	Centro optico lentes farah	**NOMBRE DEL FUNCIONARIO:**	Vanesa Angulo.
PROCESO:	asignación de cita.		
OBJETIVO:	Cita con oftalmología.		
FECHA:	23-05-2025.	**HORA:**	

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Vilma paternina Guardo	23224000	Salud total.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere apoyo de la personería para la asignación de cita ya que le dan una fecha muy lejana.

Se hace enlace con ips y se logra la asignación de cita con fecha cercana.

La presente acta es firmada a los 23 (días) del mes de mayo de 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre:
Cargo: Vanesa Angulo.

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

Salud Total EPS-S

CONSULTA EXTERNA-ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO

No. 29932626

N°.Orden de Direccionamiento: Fecha y Hora 14 May 2025 09:34 AM

ENTIDAD REPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS — Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania — **Documento : 23234000**
Nombre : VILMA ROSA PATERNINA GUARDO — Fecha Nacimiento :31 Ago 1961
Plan:
Dirección : BRR CHILE MZ 17 LT 7 — Telefono :3041024713
Departamento : BOLIVAR — Municipio : Cartagena
Telefono Celular : 3041024713 — E-Mail : sandricaro12@gmail.com

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CENTRO OPTICO LEMUS FARAH — Nit : 901082849 — Código : 98122
Dirección : CR 44 C 29 114 BRR ESPAÑA — Telefono :6517218 3174040183 - citas.otorrino@opticalemus.com
Municipio : Cartagena — Departamento : BOLIVAR

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Regimen : Contributivo - CAPITADO - PGP — **Fecha Vencimiento : 10 Nov 2025**
Diagnosticos : H81.3 — No. Solicitud :05142025057548
Ubicación paciente : Ambulatorio — No. Prescripción:
Origen Servicio : Enfermedad General

SERVICIOS DIRECCIONADOS

Código	Cant	Nombre
8902820600	1	INGRESO MODELO INTEGRAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora — **Valor : 0**
Semanas Cotizadas : 52 — Porcentaje : — Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre : YelisGuzP — Cargo o Actividad : Analista Integral De Servicio al Cliente / Informador
Telefono : — Telefono :
Telefono Celular : — Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES

SOLO PARA ÓRDENES DE COMPRA DE SERVICIOS

SALUD TOTAL EPS-S S.A. asumirá la cobertura económica de los servicios de salud brindados si hicieren parte de la atención inicial de urgencias. En caso de que corresponda, favor cobrar **LA CUOTA MODERADORA** o el **COPAGO**, de acuerdo al rango salarial, los montos máximos, los límites legales, las excepciones establecidas por la normativa vigente y validando las exoneraciones en los casos que corresponda. Esta orden de compra de servicios es válida únicamente para los servicios aquí detallados: procedimientos o servicios adicionales y/o derivados deberán solicitarse de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, sin perjuicio del modelo de atención diseñado e implementado por Salud Total EPS-S S.A. Direccionamiento sujeto a verificación de pertinencia por Autoridad Médica.

M-GINT-F008 V2 0 2024

Firma SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Firma Usuario

Powered by CamScanner

Salud Total EPS-S

CONSULTA EXTERNA-ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO

No. 29932626

N°.Orden de Direccionamiento: Fecha y Hora 14 May 2025 09:34 AM

ENTIDAD REPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS — Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania — **Documento : 23234000**
Nombre : VILMA ROSA PATERNINA GUARDO — Fecha Nacimiento :31 Ago 1961
Plan:
Dirección : BRR CHILE MZ 17 LT 7 — Telefono :3041024713
Departamento : BOLIVAR — Municipio : Cartagena
Telefono Celular : 3041024713 — E-Mail : sandricaro12@gmail.com

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CENTRO OPTICO LEMUS FARAH — Nit : 901082849 — Código : 98122
Dirección : CR 44 C 29 114 BRR ESPAÑA — Telefono :6517218 3174040183 - citas.otorrino@opticalemus.com
Municipio : Cartagena — Departamento : BOLIVAR

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Regimen : Contributivo - CAPITADO - PGP — **Fecha Vencimiento : 10 Nov 2025**
Diagnosticos : H81.3 — No. Solicitud :05142025057548
Ubicación paciente : Ambulatorio — No. Prescripción:
Origen Servicio : Enfermedad General

SERVICIOS DIRECCIONADOS

Código	Cant	Nombre
8902820600	1	INGRESO MODELO INTEGRAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora — **Valor : 0**
Semanas Cotizadas : 52 — Porcentaje : — Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre : YelisGuzP — Cargo o Actividad : Analista Integral De Servicio al Cliente / Informador
Telefono : — Telefono :
Telefono Celular : — Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES

SOLO PARA ÓRDENES DE COMPRA DE SERVICIOS

SALUD TOTAL EPS-S S.A. asumirá la cobertura económica de los servicios de salud brindados si hicieren parte de la atención inicial de urgencias. En caso de que corresponda, favor cobrar **LA CUOTA MODERADORA** o el **COPAGO**, de acuerdo al rango salarial, los montos máximos, los límites legales, las excepciones establecidas por la normativa vigente y validando las exoneraciones en los casos que corresponda. Esta orden de compra de servicios es válida únicamente para los servicios aquí detallados: procedimientos o servicios adicionales y/o derivados deberán solicitarse de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, sin perjuicio del modelo de atención diseñado e implementado por Salud Total EPS-S S.A. Direccionamiento sujeto a verificación de pertinencia por Autoridad Médica.

M-GINT-F008 V2 0 2024

Firma SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Firma Usuario

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Droguería Nacional.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Vanesa Angulo.
PROCESO: Medicamentos	
OBJETIVO: Medicamentos pendientes.	
FECHA: 28-05-2025.	HORA:

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Fanny Rebolledo Miranda	23228688	Coosalud.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere apoyo de la personería distrital para entrega de medicamentos pendientes, vital para su tratamiento.

Se realiza el enlace con droguería nacional y se logra la entrega del medicamento

La presente acta es firmada a los 28 (días) del mes de mayo de 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre:
Cargo: Vanesa Angulo.

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

Droguería Nacional
TRABAJAMOS POR SU BUENA SALUD

Paseo Bolivar - Cra. 17 No. 32 - 195
Tel: 691 07 16 • 656 24 48
Cartagena de Indias

I P S S.A.S.

ACTA DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

FECHA DE ENTREGA	20 Mayo 2025.
NOMBRE DEL AFILIADO	Fanny Cecilia Rebolledo Miranda.
IDENTIFICACION C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] No.	23228688.
EMPRESA	Coosalud. Entrega [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Denosumab 60mg Ampolla.		CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	1.
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

FIRMA RECIBIDO		HUELLA	ENTRGADO
Emilia Perez			Droguería Nacional NACIONAL DE SALUD IPS SAS TRABAJAMOS POR SU BUENA SALUD
C.C. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] 73213594			FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

Droguería Nacional
TRABAJAMOS POR SU BUENA SALUD

Paseo Bolivar - Cra. 17 No. 32 - 195
Tel: 691 07 16 • 656 24 48
Cartagena de Indias

I P S S.A.S.

ACTA DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

FECHA DE ENTREGA	20 Mayo 2025.
NOMBRE DEL AFILIADO	Fanny Cecilia Rebolledo Miranda.
IDENTIFICACION C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] No.	23228688.
EMPRESA	Coosalud. Entrega [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Denosumab 60mg Ampolla.		CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	1.
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			CANTIDAD
LABORATORIO		LOTE	
REGISTRO INVIMA		FECHA DE VENCIMIENTO	

FIRMA RECIBIDO		HUELLA	ENTRGADO
Emilia Perez			Droguería Nacional NACIONAL DE SALUD IPS SAS TRABAJAMOS POR SU BUENA SALUD
C.C. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] 73213594			FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Clinica Buenos Aires.		NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Vanesa Angulo P.	
PROCESO: Cita de estudio			
OBJETIVO: Consecución de cita de estudio.			
FECHA: 30-05-2025.	HORA:		

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Yira paola Belo Mercado	45559215	Coosalud.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere servicio de personería para la consecución de cita de estudio.

Se articula con la ips y se logra la consecución de la cita con fecha cercana.

La presente acta es firmada a los 30 (días) del mes de mayo de 2025. siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre:
Cargo:

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

ORDENES EXTERNAS

Datos del paciente

Identificación:	CC - 45559245	Paciente:	YIRA PAOLA BELLO MERCADO				
F. Nacimiento:	9/16/1983	Edad:	41 años				
Diagnostico:	Z012						
Ingreso:	2615800	F. Ingreso:	5/29/2025	F. Egreso:	5/29/2025	Nivel / Estrato:	EXENTO DE PAGO
Contrato:	109 COOSALUD S.A PRIMER NIVEL CAPITADO NUEVO						
Municipio:	CARTAGENA			P. Atención:	SOMEDYT IPS E.U LIBANO		
U. Funcional:	01 - CONSULTA EXTERNA						

Medico:	DINA LUZ HERAZO RODRIGUEZ	Fecha y hora:	2025/05/29 08:32

MEDICAMENTOS

CUPS	Procedimiento	Cantida
231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	
231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR. SOD	
870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR(ORTOPANTOMOGRAFIA)	

Observaciones:

SE GENERA ORDEN DE RADIOGRAFIA PANORAMICA Y SE REMITE A CIRUGIA ORAL PARA EXODONCIA DE OD 18,28,38,48

DRA. ZOILA CARBONELL (CIRUGIA ORAL)
EDIFICIO CITYBANK PISO 4 CONSULTORIO 4HGH
PARA SOLICITAR SU CITA DEBE ENVIAR ORDEN, COPIA DE DOCUMENTO Y RADIOGRAFIA, AL CORREO: CIRUGIAORAL64@GMAIL.COM,
Y DESPUÃ‰S DE ENVIAR DEBE LLAMAR APARTAR SU CITA ENTRE LAS 8:00 AM Y 12:00PM
TELEFONO: 6644286-3046801081
LLEVAR ORDEN Y LA HISTORIA CLINICA IMPRESAS

RADIOGRAFIA PANORAMICA
IPS CENTRO MEDICO BUENOS AIRES
AV EL BOSQUE Tv. 54 #49- 45 CEL 3183417858

Powered by CamScanner

ORDENES EXTERNAS

Datos del paciente

Identificación:	CC - 45559245	Paciente:	YIRA PAOLA BELLO MERCADO				
F. Nacimiento:	9/16/1983	Edad:	41 años				
Diagnostico:	Z012						
Ingreso:	2615800	F. Ingreso:	5/29/2025	F. Egreso:	5/29/2025	Nivel / Estrato:	EXENTO DE PAGO
Contrato:	109 COOSALUD S.A PRIMER NIVEL CAPITADO NUEVO						
Municipio:	CARTAGENA			P. Atención:	SOMEDYT IPS E.U LIBANO		
U. Funcional:	01 - CONSULTA EXTERNA						

Medico:	DINA LUZ HERAZO RODRIGUEZ	Fecha y hora:	2025/05/29 08:32

MEDICAMENTOS

CUPS	Procedimiento	Cantida
231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	
231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR. SOD	
870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR(ORTOPANTOMOGRAFIA)	

Observaciones:

SE GENERA ORDEN DE RADIOGRAFIA PANORAMICA Y SE REMITE A CIRUGIA ORAL PARA EXODONCIA DE OD 18,28,38,48

DRA. ZOILA CARBONELL (CIRUGIA ORAL)
EDIFICIO CITYBANK PISO 4 CONSULTORIO 4HGH
PARA SOLICITAR SU CITA DEBE ENVIAR ORDEN, COPIA DE DOCUMENTO Y RADIOGRAFIA, AL CORREO: CIRUGIAORAL64@GMAIL.COM,
Y DESPUÃ‰S DE ENVIAR DEBE LLAMAR APARTAR SU CITA ENTRE LAS 8:00 AM Y 12:00PM
TELEFONO: 6644286-3046801081
LLEVAR ORDEN Y LA HISTORIA CLINICA IMPRESAS

RADIOGRAFIA PANORAMICA
IPS CENTRO MEDICO BUENOS AIRES
AV EL BOSQUE Tv. 54 #49- 45 CEL 3183417858

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Farmacia BH6		NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Vanesa Angulo.	
PROCESO: Entrega de medicamento.			
OBJETIVO: Concesusión de medicamento perdiente.			
FECHA: 3-06-2025.	HORA:		

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Laura Ospina Abesa	1049831438	Coosalud.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere apoyo de la personería para la entrega de medicamento perdiente vital para see tratamrento de Salud.

Se realiza la visita correspondiente a Ips y se logra la entrega de medicamento.

La presente acta es firmada a los ( ) del mes de de siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre: Vanesa Angulo P.
Cargo:

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

GHG
Global Health Group

GHG GLOBAL HEALT GROUP S.A.S

Nit. 901483168

ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Carrera 5 Calle 25 70: Teléfonos BOLIVAR:316 525 9912 -SUCRE: 3188092370

Formato de Medicamentos Pendiente No. 899012

Identificación: **1049831438**
Nombre del Paciente : **OSPINO ARZUZA LAURA MARGARITA**
Edad **: 30 Años**

Autorizacion :
Mipres :
Telefono : 3134150925

Fecha **: 5/06/2025**
Fecha Prescripcion **: 3/06/2025**

Entidad : ESS024 - COOSALUD SUBSIDIADO

Valor Copago: $ 0

Generado por : LINA MARCELA BATISTA PEREZ

Relacion Medicamentos Pendientes

		Fecha Entrega	Tipo	Cantidad	
1	PREDNISOLONA 1MG/ML(0.1%) SLN OFT FCO X 5ML		**pendiente**	1	Plan: **: CAPITA**

Huella

Recibe
Identificacion:
Parentesco:

Imprimio:LINA MARCELA BATISTA PEREZ

Powered by CamScanner

GHG
Global Health Group

GHG GLOBAL HEALT GROUP S.A.S

Nit. 901483168

ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Carrera 5 Calle 25 70: Teléfonos BOLIVAR:316 525 9912 -SUCRE: 3188092370

Formato de Medicamentos Pendiente No. 899012

Identificación: **1049831438**
Nombre del Paciente : **OSPINO ARZUZA LAURA MARGARITA**
Edad **: 30 Años**

Autorizacion :
Mipres :
Telefono : 3134150925

Fecha **: 5/06/2025**
Fecha Prescripcion **: 3/06/2025**

Entidad : ESS024 - COOSALUD SUBSIDIADO

Valor Copago: $ 0

Generado por : LINA MARCELA BATISTA PEREZ

Relacion Medicamentos Pendientes

		Fecha Entrega	Tipo	Cantidad	
1	PREDNISOLONA 1MG/ML(0.1%) SLN OFT FCO X 5ML		**pendiente**	1	Plan: **: CAPITA**

Huella

Recibe
Identificacion:
Parentesco:

Imprimio:LINA MARCELA BATISTA PEREZ

Powered by CamScanner

9.

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Centro optico Lemos farah.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Lunesa Angulo P
PROCESO: cita.	
OBJETIVO: cita de especialista.	
FECHA: 18 de mayo. 2025.	HORA:

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Adriana Martinez Berrio	45.451.428	Salud total.	

OBSERVACIONES

Se hace intervención con ips para la consecución de una cita de especialidad con otorrino ya que la paciente llama-ba e iba a la ips y no conseguia agenda.

Se logra articulación con la ips y se logra dadta a la paciente con fecha cercana.

La presente acta es firmada a los 19 (dias) del mes de 05 de 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre: Lunesa Angulo P.
Cargo:

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

IRREY SOLIS I.P.S.

DIRECCIONAMIENTO CONSULTA EXTERNA POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 03 Abr 2025 07:49

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO — Código: EPS002

Nombre: Salud Total EPS

INFORMACION DEL PRESTADOR — Código: 98122

Nombre: CENTRO OPTICO LEMUS FARAH Nit: 901082849
Dirección: CR 44 C 29 114 BRR ESPAÑA Teléfono: 6517218
3174040183 -
citas.otorrino@opticalemus.com
Departamento: (13) BOLIVAR Municipio: (001) Cartagena

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania **Documento: 45451428**
Nombre: ADRIANA MARTINEZ DE BERRIO Fecha de Nacimiento: 28 Mar 1963
Dirección: 13 DE JUNIO MZ J LT 2 Teléfono: 6901917
Departamento: (13) BOLIVAR Municipio: (001) Cartagena
Teléfono Celular: 3136142710 Email: adrianamartinezdeberrio28@gmail.com

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - CAPITADO - Modelo PGP
Motivo: **Fecha Vencimiento: 30 Sep 2025**
Diagnóstico: H91.9 DP Anterior: 32365-2518065293
Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 04032025020995
Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
8902820600	1	CONSULTA EXTERNA - INGRESO MODELO INTEGRAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA - Lo servicios son objeto de cobro CM o copago según Ac 260/04

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora **Valor: 4700**
Semanas Cotizadas: 65

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Jairo Orlando Viana Villa Teléfono:
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS PEDRO DE HEREDIA Teléfono: 6569341-6569340
Dirección: (Cartagena) AV PEDRO DE HEREDIA LOS ALPES 3 # 54 - 183

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

9.

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Centro optico Lemos farah.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Lunesa Angulo P
PROCESO: cita.	
OBJETIVO: cita de especialista.	
FECHA: 18 de mayo. 2025.	HORA:

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Adriana Martinez Berrio	45.451.428	Salud total.	

OBSERVACIONES

Se hace intervención con ips para la consecución de una cita de especialidad con otorrino ya que la paciente llama-ba e iba a la ips y no conseguia agenda.

Se logra articulación con la ips y se logra dadta a la paciente con fecha cercana.

La presente acta es firmada a los 19 (dias) del mes de 05 de 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre: Lunesa Angulo P.
Cargo:

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

IRREY SOLIS I.P.S.

DIRECCIONAMIENTO CONSULTA EXTERNA POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 03 Abr 2025 07:49

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO — Código: EPS002

Nombre: Salud Total EPS

INFORMACION DEL PRESTADOR — Código: 98122

Nombre: CENTRO OPTICO LEMUS FARAH Nit: 901082849
Dirección: CR 44 C 29 114 BRR ESPAÑA Teléfono: 6517218
3174040183 -
citas.otorrino@opticalemus.com
Departamento: (13) BOLIVAR Municipio: (001) Cartagena

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania **Documento: 45451428**
Nombre: ADRIANA MARTINEZ DE BERRIO Fecha de Nacimiento: 28 Mar 1963
Dirección: 13 DE JUNIO MZ J LT 2 Teléfono: 6901917
Departamento: (13) BOLIVAR Municipio: (001) Cartagena
Teléfono Celular: 3136142710 Email: adrianamartinezdeberrio28@gmail.com

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - CAPITADO - Modelo PGP
Motivo: **Fecha Vencimiento: 30 Sep 2025**
Diagnóstico: H91.9 DP Anterior: 32365-2518065293
Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 04032025020995
Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
8902820600	1	CONSULTA EXTERNA - INGRESO MODELO INTEGRAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA - Lo servicios son objeto de cobro CM o copago según Ac 260/04

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora **Valor: 4700**
Semanas Cotizadas: 65

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Jairo Orlando Viana Villa Teléfono:
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS PEDRO DE HEREDIA Teléfono: 6569341-6569340
Dirección: (Cartagena) AV PEDRO DE HEREDIA LOS ALPES 3 # 54 - 183

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha do Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Centro optico lemus fada | NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Uonesa Angulo P.

PROCESO: Entrega de lentes

OBJETIVO: Entrega de lentes.

FECHA: 17- 05- 2025. | HORA:

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
yoelis De Avila correa	1042579965	Nueva eps.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere los servicios de personeria ya que a llonado y en ocaciones sea acercado al centro optico y no le realiza la entrega de los lentes.

Se hace la intervención con la ips, para lograr la entrega de los lentes a la paciente.

La presente acta es firmada a los 17 (dias) del mes de mayode 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre:
Cargo: Uonesa Angulop.

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

CENTRO OPTICO LEMUS FARAH S.A.S.

Multicentro la Plazuela local 1 - 50
Tel.: 6613177 - Cartagena

NIT. 890.403.491-2
RÉGIMEN COMÚN

REMISIO

15345

LOCAL No.2

VENDEDOR	CODIGO	FECHA

PACIENTE	COTIZACIÓN
CEDULA	TELEFONO
DIRECCIÓN	FECHA DE ENTREGA / GAVETA
OBSERVACIONES	

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	ALTURA BIF	DIST. PUPIL
O.D						
O.I						

ULTEX ☐
EJECUTIVO ☐
INVISIBLE ☐

FLAT TOP ☐
KRIP TOP ☐

COLOR

VIDRIO CR- 39

MONTURA			
MARCA	REFERENCIA	TAMAÑO	COLOR

VALOR MONTURA	
VALOR LENTES	
VALOR EXAMEN	
LENTES DE CONTACTO DUROS BLANDOS SEMIBLANDOS	
IVA.	
TOTAL → $	

EMPRESA _____
CLIENTE _____
VALOR ORDEN _____
ABONO _____
SALDO _____

FORMA DE PAGO
EFECTIVO _____ ☐
CHEQUE _____ ☐
TARJETA No. _____ ☐
CREDITO _____ ☐

Artes Gráficas Francisco Solórzano NIT 73102614-6

SIN PRESENTAR ESTE DESPRENDIBLE Y DESPUES DE 60 DIAS NO NOS RESPONSABILIZAMOS POR SU TRABAJO

Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio, según Art. 774

Powered by CamScanner

IRREY SOLIS I.P.S.

DIRECCIONAMIENTO CONSULTA EXTERNA POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 03 Abr 2025 07:49

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO — Código: EPS002

Nombre: Salud Total EPS

INFORMACION DEL PRESTADOR — Código: 98122

Nombre: CENTRO OPTICO LEMUS FARAH Nit: 901082849
Dirección: CR 44 C 29 114 BRR ESPAÑA Teléfono: 6517218
3174040183 -
citas.otorrino@opticalemus.com
Departamento: (13) BOLIVAR Municipio: (001) Cartagena

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania **Documento: 45451428**
Nombre: ADRIANA MARTINEZ DE BERRIO Fecha de Nacimiento: 28 Mar 1963
Dirección: 13 DE JUNIO MZ J LT 2 Teléfono: 6901917
Departamento: (13) BOLIVAR Municipio: (001) Cartagena
Teléfono Celular: 3136142710 Email: adrianamartinezdeberrio28@gmail.com

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - CAPITADO - Modelo PGP
Motivo: **Fecha Vencimiento: 30 Sep 2025**
Diagnóstico: H91.9 DP Anterior: 32365-2518065293
Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 04032025020995
Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
8902820600	1	CONSULTA EXTERNA - INGRESO MODELO INTEGRAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA - Lo servicios son objeto de cobro CM o copago según Ac 260/04

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora **Valor: 4700**
Semanas Cotizadas: 65

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Jairo Orlando Viana Villa Teléfono:
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS PEDRO DE HEREDIA Teléfono: 6569341-6569340
Dirección: (Cartagena) AV PEDRO DE HEREDIA LOS ALPES 3 # 54 - 183

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha do Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Centro optico lemus fada | NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Uonesa Angulo P.

PROCESO: Entrega de lentes

OBJETIVO: Entrega de lentes.

FECHA: 17- 05- 2025. | HORA:

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
yoelis De Avila correa	1042579965	Nueva eps.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere los servicios de personeria ya que a llonado y en ocaciones sea acercado al centro optico y no le realiza la entrega de los lentes.

Se hace la intervención con la ips, para lograr la entrega de los lentes a la paciente.

La presente acta es firmada a los 17 (dias) del mes de mayode 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre:
Cargo: Uonesa Angulop.

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

CENTRO OPTICO LEMUS FARAH S.A.S.

Multicentro la Plazuela local 1 - 50
Tel.: 6613177 - Cartagena

NIT. 890.403.491-2
RÉGIMEN COMÚN

REMISIO

15345

LOCAL No.2

VENDEDOR	CODIGO	FECHA

PACIENTE	COTIZACIÓN
CEDULA	TELEFONO
DIRECCIÓN	FECHA DE ENTREGA / GAVETA
OBSERVACIONES	

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	ALTURA BIF	DIST. PUPIL
O.D						
O.I						

ULTEX ☐
EJECUTIVO ☐
INVISIBLE ☐

FLAT TOP ☐
KRIP TOP ☐

COLOR

VIDRIO CR- 39

MONTURA			
MARCA	REFERENCIA	TAMAÑO	COLOR

VALOR MONTURA	
VALOR LENTES	
VALOR EXAMEN	
LENTES DE CONTACTO DUROS BLANDOS SEMIBLANDOS	
IVA.	
TOTAL → $	

EMPRESA _____
CLIENTE _____
VALOR ORDEN _____
ABONO _____
SALDO _____

FORMA DE PAGO
EFECTIVO _____ ☐
CHEQUE _____ ☐
TARJETA No. _____ ☐
CREDITO _____ ☐

Artes Gráficas Francisco Solórzano NIT 73102614-6

SIN PRESENTAR ESTE DESPRENDIBLE Y DESPUES DE 60 DIAS NO NOS RESPONSABILIZAMOS POR SU TRABAJO

Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio, según Art. 774

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha do Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Centro optico lemus fada | NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Uonesa Angulo P.

PROCESO: Entrega de lentes

OBJETIVO: Entrega de lentes.

FECHA: 17- 05- 2025. | HORA:

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
yoelis De Avila correa	1042579965	Nueva eps.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere los servicios de personeria ya que a llonado y en ocaciones sea acercado al centro optico y no le realiza la entrega de los lentes.

Se hace la intervención con la ips, para lograr la entrega de los lentes a la paciente.

La presente acta es firmada a los 17 (dias) del mes de mayode 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre:
Cargo: Uonesa Angulop.

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

CENTRO OPTICO LEMUS FARAH S.A.S.

Multicentro la Plazuela local 1 - 50
Tel.: 6613177 - Cartagena

NIT. 890.403.491-2
RÉGIMEN COMÚN

REMISIO

15345

LOCAL No.2

VENDEDOR	CODIGO	FECHA

PACIENTE	COTIZACIÓN
CEDULA	TELEFONO
DIRECCIÓN	FECHA DE ENTREGA / GAVETA
OBSERVACIONES	

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	ALTURA BIF	DIST. PUPIL
O.D						
O.I						

ULTEX ☐
EJECUTIVO ☐
INVISIBLE ☐

FLAT TOP ☐
KRIP TOP ☐

COLOR

VIDRIO CR- 39

MONTURA			
MARCA	REFERENCIA	TAMAÑO	COLOR

VALOR MONTURA	
VALOR LENTES	
VALOR EXAMEN	
LENTES DE CONTACTO DUROS BLANDOS SEMIBLANDOS	
IVA.	
TOTAL → $	

EMPRESA _____
CLIENTE _____
VALOR ORDEN _____
ABONO _____
SALDO _____

FORMA DE PAGO
EFECTIVO _____ ☐
CHEQUE _____ ☐
TARJETA No. _____ ☐
CREDITO _____ ☐

Artes Gráficas Francisco Solórzano NIT 73102614-6

SIN PRESENTAR ESTE DESPRENDIBLE Y DESPUES DE 60 DIAS NO NOS RESPONSABILIZAMOS POR SU TRABAJO

Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio, según Art. 774

Powered by CamScanner

CENTRO OPTICO LEMUS FARAH S.A.S.

Multicentro la Plazuela local 1 - 50
Tel.: 6613177 - Cartagena

NIT. 890.403.491-2
RÉGIMEN COMÚN

REMISIO

15345

LOCAL No.2

VENDEDOR	CODIGO	FECHA

PACIENTE	COTIZACIÓN
CEDULA	TELEFONO
DIRECCIÓN	FECHA DE ENTREGA / GAVETA
OBSERVACIONES	

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	ALTURA BIF	DIST. PUPIL
O.D						
O.I						

ULTEX ☐
EJECUTIVO ☐
INVISIBLE ☐

FLAT TOP ☐
KRIP TOP ☐

COLOR

VIDRIO CR- 39

MONTURA			
MARCA	REFERENCIA	TAMAÑO	COLOR

VALOR MONTURA	
VALOR LENTES	
VALOR EXAMEN	
LENTES DE CONTACTO DUROS BLANDOS SEMIBLANDOS	
IVA.	
TOTAL → $	

EMPRESA _____
CLIENTE _____
VALOR ORDEN _____
ABONO _____
SALDO _____

FORMA DE PAGO
EFECTIVO _____ ☐
CHEQUE _____ ☐
TARJETA No. _____ ☐
CREDITO _____ ☐

Artes Gráficas Francisco Solórzano NIT 73102614-6

SIN PRESENTAR ESTE DESPRENDIBLE Y DESPUES DE 60 DIAS NO NOS RESPONSABILIZAMOS POR SU TRABAJO

Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio, según Art. 774

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Camino Ips		NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Vanesa Angulo P.	
PROCESO: Cita de otorrinolaringologia.			
OBJETIVO: Consecución de cita por falta de agenda			
FECHA: 13-05-2025.	HORA:		
NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA			
NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
Ines Perez de Hoyos.	45.469242	Mutual ser.	

OBSERVACIONES

Paciente requiere Servicio de personeria ya que tiene una orden para cita con especialista en otorrino.

Se hace la intervención con la ips y se logra la consecución de la cita con fecha cercana.

La presente acta es firmada a los 13 (dias) del mes de mayo de 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre: Vanesa Angulo P.
Cargo:

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre:
Cargo:

Powered by CamScanner

CAMINOS IPS SAS
Identificación Interna: 901111348
Cód. Habilitación: 130010309801
Dirección: LA CONSOLATA MANZANA H LOTE 4 **Teléfono:** 6549888

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 15/03/2025 10:13
Centro de atención: 20 - Gran Manzana
Paciente: CC 45469242 - INES CECILIA PEREZ DE HOYOS
Fecha de Nacimiento: 21/01/1965
Etnia:
Régimen: 2 - Subsidiado
Dirección: PIEDRA DE BOLIVAR CL SANJOSE 44D - 38 CS
Teléfono: 3116729289
Ocupación: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Grupo Poblacional:
Acompañante:
Teléfono Acomp.:
Dirección Acomp.:
Responsable:
Teléfono Resp.: 3116729289
Dirección Resp.:
Médico Tratante: MILAGROS CABARCAS SIERRA
Administradora: MUTUAL SER ESS

Fecha de Atención: 15/03/2025 10:13
Admisión: AD4578579
Edad: 60 año(s), 1 mes(es) 22 dia(s)
Religión:
Nivel: 1
Lugar: Cartagena Bolivar
Administradora: MUTUAL SER ESS
Raza:
Parentesco Acomp.:
Parentesco Resp.:
Especialidad: ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL

Impreso por: MLAGROSC
Sexo: F
Estado Civil: Soltero
Creencia:
Carnet:
Etnia:
Tipo Vinculación:

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Remisión: 15/03/2025 10:04
Objeto de la remisión:
REAHABILITACION ORAL
Entidad a donde se remite:
CAMINOS IPS
Remitido al servicio de: Consulta Externa
Procedencia: CAMINOS IPS
Nombre del familiar responsable:
INES CECILIA PEREZ DE HOYOS
Dirección:
PIEDRA DE BOLIVAR CL SANJOSE 44D - 38 CS
Teléfono:
3116729289

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE LA CONSULTA:
"ME DUELE LA MANDIBULA CUANDO ABRO LA BOCA"

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE REFIERE SENSACIÓN DE DOLOR EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR LADO DERECHO, DOLOR MUSCULAR LOCAL EN ZONA TEMPORAL DERECHA

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA (Médicos y Psiquiátricos):
Antecedentes Personales: PATOLOGICOS: NIEGA FUM: 2009 ;
Antecedentes Familiares: NIEGA;
Antecedentes Alérgicos: NIEGA;
Antecedentes Qx: POMEROY, CHALAZION IZQ. ;

EXAMEN FÍSICO:

Frecuencia Cardiaca:	100min	**Frecuencia Respiratoria:**	21min	**Temperatura:**	36ºC	**Peso:**	59Kg
Presión Sistólica:	110mmHg	**Presión Diastólica:**	80mmHg	**Presión Arterial Media:**	90mmHg		
Talla:	1.58m	**Índice de Masa Corporal:**	23.63Kg/m²				
Perímetro Cefálico:	0	**Perímetro Torácico:**	0	**Superficie de Masa Corporal:**	1.6m²		

Apariencia general:
BUENA
Evaluación de sistemas:
AL EXAMEN EXTRAORAL SE PALPAN MÚSCULOS MASTICATORIOS TEMPORALES , MASETEROS - REFIERE DOLOR INTENSO A NIVEL DE TEMPORAL DERECHO. A LA APERTURA BUCAL, DESVIACIÓN MANDIBULAR HACIA LA IZQUIERDA. PRESENTA APIÑAMIENTO ANTERO- INFERIOR , SOBREMORDIDA HORIZONTAL AUMENTADA, NO PRESENTA DOLOR A NIVEL ENCÍA QUE RECUBRE TERCEROS MOLARES INFERIORES LOS CUALES ESTAN INCLUIDOS DE FORMA ECTOPICA, NO SE RECOMENDA EXTRACCION DE LOS MISMOS, PUES PODRIAN PRESENTAR MAS RIESGO QUE BENEFICIO, AL EXAMEN DE PANORAMICA SE OBSERVA DIENTE 48 HORIZONTAL, CLASE III POSICION C, DIENTE 38 CLASE III, VERTICAL POSICION C , AMBOS CON CERCANIA A CANAL DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

ACTIVIDAD:

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:
Diagnï¿½stico Pincipal: K075 - ANOMALIAS DENTOFACIALES FUNCIONALES
Diagnï¿½stico Relacionado 1: K076 - TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

PLAN:
SE REMITE A REHABILITACIÓN ORAL PARA EVALUAR NECESIDAD DE CONFECCION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE, TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

Powered by CamScanner

CAMINOS IPS SAS
Identificación Interna: 901111348
Cód. Habilitación: 130010309801
Dirección: LA CONSOLATA MANZANA H LOTE 4 **Teléfono:** 6549888

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 15/03/2025 10:13
Centro de atención: 20 - Gran Manzana
Paciente: CC 45469242 - INES CECILIA PEREZ DE HOYOS
Fecha de Nacimiento: 21/01/1965
Etnia:
Régimen: 2 - Subsidiado
Dirección: PIEDRA DE BOLIVAR CL SANJOSE 44D - 38 CS
Teléfono: 3116729289
Ocupación: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Grupo Poblacional:
Acompañante:
Teléfono Acomp.:
Dirección Acomp.:
Responsable:
Teléfono Resp.: 3116729289
Dirección Resp.:
Médico Tratante: MILAGROS CABARCAS SIERRA
Administradora: MUTUAL SER ESS

Fecha de Atención: 15/03/2025 10:13
Admisión: AD4578579
Edad: 60 año(s), 1 mes(es) 22 dia(s)
Religión:
Nivel: 1
Lugar: Cartagena Bolivar
Administradora: MUTUAL SER ESS
Raza:
Parentesco Acomp.:
Parentesco Resp.:
Especialidad: ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL

Impreso por: MLAGROSC
Sexo: F
Estado Civil: Soltero
Creencia:
Carnet:
Etnia:
Tipo Vinculación:

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Remisión: 15/03/2025 10:04
Objeto de la remisión:
REAHABILITACION ORAL
Entidad a donde se remite:
CAMINOS IPS
Remitido al servicio de: Consulta Externa
Procedencia: CAMINOS IPS
Nombre del familiar responsable:
INES CECILIA PEREZ DE HOYOS
Dirección:
PIEDRA DE BOLIVAR CL SANJOSE 44D - 38 CS
Teléfono:
3116729289

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE LA CONSULTA:
"ME DUELE LA MANDIBULA CUANDO ABRO LA BOCA"

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE REFIERE SENSACIÓN DE DOLOR EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR LADO DERECHO, DOLOR MUSCULAR LOCAL EN ZONA TEMPORAL DERECHA

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA (Médicos y Psiquiátricos):
Antecedentes Personales: PATOLOGICOS: NIEGA FUM: 2009 ;
Antecedentes Familiares: NIEGA;
Antecedentes Alérgicos: NIEGA;
Antecedentes Qx: POMEROY, CHALAZION IZQ. ;

EXAMEN FÍSICO:

Frecuencia Cardiaca:	100min	**Frecuencia Respiratoria:**	21min	**Temperatura:**	36ºC	**Peso:**	59Kg
Presión Sistólica:	110mmHg	**Presión Diastólica:**	80mmHg	**Presión Arterial Media:**	90mmHg		
Talla:	1.58m	**Índice de Masa Corporal:**	23.63Kg/m²				
Perímetro Cefálico:	0	**Perímetro Torácico:**	0	**Superficie de Masa Corporal:**	1.6m²		

Apariencia general:
BUENA
Evaluación de sistemas:
AL EXAMEN EXTRAORAL SE PALPAN MÚSCULOS MASTICATORIOS TEMPORALES , MASETEROS - REFIERE DOLOR INTENSO A NIVEL DE TEMPORAL DERECHO. A LA APERTURA BUCAL, DESVIACIÓN MANDIBULAR HACIA LA IZQUIERDA. PRESENTA APIÑAMIENTO ANTERO- INFERIOR , SOBREMORDIDA HORIZONTAL AUMENTADA, NO PRESENTA DOLOR A NIVEL ENCÍA QUE RECUBRE TERCEROS MOLARES INFERIORES LOS CUALES ESTAN INCLUIDOS DE FORMA ECTOPICA, NO SE RECOMENDA EXTRACCION DE LOS MISMOS, PUES PODRIAN PRESENTAR MAS RIESGO QUE BENEFICIO, AL EXAMEN DE PANORAMICA SE OBSERVA DIENTE 48 HORIZONTAL, CLASE III POSICION C, DIENTE 38 CLASE III, VERTICAL POSICION C , AMBOS CON CERCANIA A CANAL DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

ACTIVIDAD:

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:
Diagnï¿½stico Pincipal: K075 - ANOMALIAS DENTOFACIALES FUNCIONALES
Diagnï¿½stico Relacionado 1: K076 - TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

PLAN:
SE REMITE A REHABILITACIÓN ORAL PARA EVALUAR NECESIDAD DE CONFECCION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE, TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

Powered by CamScanner

CAMINOS IPS SAS
Identificación Interna: 901111348
Cód. Habilitación: 130010309801
Dirección: LA CONSOLATA MANZANA H LOTE 4 **Teléfono:** 6549888

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 15/03/2025 10:13
Centro de atención: 20 - Gran Manzana
Paciente: CC 45469242 - INES CECILIA PEREZ DE HOYOS
Fecha de Nacimiento: 21/01/1965
Etnia:
Régimen: 2 - Subsidiado
Dirección: PIEDRA DE BOLIVAR CL SANJOSE 44D - 38 CS
Teléfono: 3116729289
Ocupación: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Grupo Poblacional:
Acompañante:
Teléfono Acomp.:
Dirección Acomp.:
Responsable:
Teléfono Resp.: 3116729289
Dirección Resp.:
Médico Tratante: MILAGROS CABARCAS SIERRA
Administradora: MUTUAL SER ESS

Fecha de Atención: 15/03/2025 10:13
Admisión: AD4578579
Edad: 60 año(s), 1 mes(es) 22 dia(s)
Religión:
Nivel: 1
Lugar: Cartagena Bolivar
Administradora: MUTUAL SER ESS
Raza:
Parentesco Acomp.:
Parentesco Resp.:
Especialidad: ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL

Impreso por: MLAGROSC
Sexo: F
Estado Civil: Soltero
Creencia:
Carnet:
Etnia:
Tipo Vinculación:

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Remisión: 15/03/2025 10:04
Objeto de la remisión:
REAHABILITACION ORAL
Entidad a donde se remite:
CAMINOS IPS
Remitido al servicio de: Consulta Externa
Procedencia: CAMINOS IPS
Nombre del familiar responsable:
INES CECILIA PEREZ DE HOYOS
Dirección:
PIEDRA DE BOLIVAR CL SANJOSE 44D - 38 CS
Teléfono:
3116729289

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE LA CONSULTA:
"ME DUELE LA MANDIBULA CUANDO ABRO LA BOCA"

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE REFIERE SENSACIÓN DE DOLOR EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR LADO DERECHO, DOLOR MUSCULAR LOCAL EN ZONA TEMPORAL DERECHA

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA (Médicos y Psiquiátricos):
Antecedentes Personales: PATOLOGICOS: NIEGA FUM: 2009 ;
Antecedentes Familiares: NIEGA;
Antecedentes Alérgicos: NIEGA;
Antecedentes Qx: POMEROY, CHALAZION IZQ. ;

EXAMEN FÍSICO:

Frecuencia Cardiaca:	100min	**Frecuencia Respiratoria:**	21min	**Temperatura:**	36ºC	**Peso:**	59Kg
Presión Sistólica:	110mmHg	**Presión Diastólica:**	80mmHg	**Presión Arterial Media:**	90mmHg		
Talla:	1.58m	**Índice de Masa Corporal:**	23.63Kg/m²				
Perímetro Cefálico:	0	**Perímetro Torácico:**	0	**Superficie de Masa Corporal:**	1.6m²		

Apariencia general:
BUENA
Evaluación de sistemas:
AL EXAMEN EXTRAORAL SE PALPAN MÚSCULOS MASTICATORIOS TEMPORALES , MASETEROS - REFIERE DOLOR INTENSO A NIVEL DE TEMPORAL DERECHO. A LA APERTURA BUCAL, DESVIACIÓN MANDIBULAR HACIA LA IZQUIERDA. PRESENTA APIÑAMIENTO ANTERO- INFERIOR , SOBREMORDIDA HORIZONTAL AUMENTADA, NO PRESENTA DOLOR A NIVEL ENCÍA QUE RECUBRE TERCEROS MOLARES INFERIORES LOS CUALES ESTAN INCLUIDOS DE FORMA ECTOPICA, NO SE RECOMENDA EXTRACCION DE LOS MISMOS, PUES PODRIAN PRESENTAR MAS RIESGO QUE BENEFICIO, AL EXAMEN DE PANORAMICA SE OBSERVA DIENTE 48 HORIZONTAL, CLASE III POSICION C, DIENTE 38 CLASE III, VERTICAL POSICION C , AMBOS CON CERCANIA A CANAL DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

ACTIVIDAD:

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:
Diagnï¿½stico Pincipal: K075 - ANOMALIAS DENTOFACIALES FUNCIONALES
Diagnï¿½stico Relacionado 1: K076 - TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

PLAN:
SE REMITE A REHABILITACIÓN ORAL PARA EVALUAR NECESIDAD DE CONFECCION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE, TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

Powered by CamScanner

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GQ- F- 004
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL	Versión: 1
	FORMATO DE ACTA DE COMISIÓN/VISITA	Fecha de Aprobación: 04/02/2025

LUGAR: Casa de niño		**NOMBRE DEL FUNCIONARIO:** Vanesa Angulo P.	
PROCESO: Orden de estudios.			
OBJETIVO: Autorización de estudios			
FECHA: 15-05-2025.	**HORA:**		
NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA			
NOMBRE	**CEDULA**	**ENTIDAD**	**CARGO**
Leath Molina Medina.	1.048.476.108	Mutual Ser.	

OBSERVACIONES

Paciente hospitalizado en casa del niño requiere servicio de la personería para la realización de estudio con referencia a Se estado.

Se realiza los debido procesos para la aceptación y orden de los estudios Solicitados.

La presente acta es firmada a los 15 (dias) del mes de 05 de 2025 siendo las . No siendo mas el motivo de la presente firma los intervinientes:

Funcionario Personería Distrital
Nombre: Vanesa Angulo P.
Cargo:

Firma de quien atendió la diligencia
Nombre: Jose Molina. E.
Cargo:

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.048.476.106

Indicativo Serial 62742124

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código C Z W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

*** COLOMBIA ********** BOLIVAR ********** CARTAGENA ***

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOLINA.-	MEDINA.-

Nombre(s)

LEAH VICTORIA.-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes 01 (C) Día 01	Femenino		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía)

*** COLOMBIA ********** BOLIVAR ********** CARTAGENA ***

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacidovivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.-	241210112256l5.-

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MEDINA SOTO JESUANNYS JOSE.-

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
P.P.T. No. 3948224.-	VENEZUELA.-

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MOLINA GUTIERREZ JOSE LEONARDO.-

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.047.477.708.-	COLOMBIA.-

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOLINA GUTIERREZ JOSE LEONARDO.-

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1.047.477.708.-	X Josel. Molina G.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes DIC Día 05	MARGARITA ROSA JIMENEZ NAJERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento
X Josel. molina G. Firma	MARGARITA ROSA JIMENEZ NAJERA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena sa

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Casa del Niño
Hospital Infantil

890480135

FORMULA MEDICA EXTERNA SERVICIOS

Historia Clinica Actual: Registro civil-1048476106

Nº Historia Clínica: 1048476106 **Nº Folio:** 2 **Nº Ingreso:** 1784628 **Fecha de Ingreso:** 25/04/2025 7:57:24 a. m.

DATOS DEL INGRESO

Nombre Paciente: **LEAH VICTORIA MOLINA MEDINA**

Fecha Nacimiento: 01/diciembre/2024 **Edad Actual:** 0 Años / 4 Meses / 23 Dias **Sexo:** Femenino

Dirección: SANTAMARIA **Cama:**

Fecha de Solicitud: **Servicio:** **Teléfono:** 3045924115

DX: G402 EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCI

DATOS DE AFILIACIÓN

Plan Beneficios: MUTUAL2023 - ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.P.S.S SUBSIDIADO **Nivel - Estrato:** NIVEL 1

EPS: MSER-2 - MUTUAL SER EPS-S

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	028	SALA MADRE SOFIA	
CODIGO	DESCRIPCION				
OBSERVACIONES				CANTIDAD	ESTADO
891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO (MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO POR HORA) *PRIORITARIO*			12	Rutinario
883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO SIMPLE BAJO SEDACION (RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO SIMPLE) *BAJO SEDACION*			1	Rutinario

Total Items: 2

Dra. Sindy Bermejo Padilla
NEUROPEDIATRA - U. MILITAR
PEDIATRA - U. METROPOLITANA
R.M. 08-2087

Sabado 7 Junio
7:00Am.

BERMEJO PADILLA SINDY MARGARETH
NEUROLOGIA PEDIATRICA
1129536239

*orden medica
*copia documento
*copia historia clinica
* ayuno
* no tener ni gripa, ni tos ni fiebre.

VERSION DE DEMOSTRACIÓN - USO NO COMERCIAL, Favor Comunicarse Con Sistemas y Asesorias de Colombia.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Casa del Niño

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA
EVOLUCION DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: **RegistroCivil** **1048476106**
N° Historia Clínica Actual: **Registro civil-1048476106**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LEAH VICTORIA MOLINA MEDINA **Sexo:** Femenino **Estado Civil:** Femenino
Fecha Nacimiento: 01/diciembre/2024 **Edad Actual:** **0 Años / 4 Meses / 23 Días** **Teléfono:** 3045924115
Dirección: OTROS BARRIOS SANTAMARIA

DATOS DE AFILIACIÓN

EPS: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE S **Plan Beneficios:** ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDA **Nivel - Estrato** NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 2** **Fecha: 25/04/2025 10:59 a. m.**

Nº Ingreso: **1784628** **25/04/2025 7:57:24 a. m.**
Área de Servicio Folio: 079 - CONSULTA EXTERNA - PEDIATRIA

SUBJETIVO

control neuropediatría
edad 4a 23d
madre jesuannys medina
cartagena

dx:
pretérmino 37ss / bpn 2248 gr + ictericia tto fototerapia
eventos paroxístico ene studio

Subjetivo:
Refiere madre persistencia de eventos
se indaga semiologia -
semiologia: llanto posterior cianosis hasta 10 minutos ** movimientos tonicos posterior se duerme

frecuencia: 2-3 a la semana -

buenas reacciones visuales y auditivas
soste cefalico 2m toma objetos los lleva a la boca - rolados
mueve simétricamente extremidades -
duerme bien, come bien

** paraclinicos
7.3.25 vtm 6 horas: ocasionales ondas agudas en linea media del hemisferio iza compatible con posible disfuncion focal — dra guio

1.25 ecografia transfontanelar normal
ecocardiograma normal
3.12.24 ecocardiograma foramen oval permeable no cardiopatia
tsh neonatal 2.72 normal
eoa; pasa bilateral

OBJETIVO

peso 3.500 gr

- NEUROLÓGICO: Alerta, buenas reacciones visuales y auditivas
normocéfalo pc 38 cm (-1.97 de) fontanela anterior permeable normotensa 2*1
Fondo de ojo rojo retiniano, pares craneales sin alteraciones
Lenguaje gutureo
mueve simetricamente extremidades , tono muscular conservados
ROT ++/++++
buen sosten cefalico, eleva torax en prono , rolados

ANALISIS

leah 4m 23 dias dx anotados , presenta
- recurrencia de eventos paroxiaticos semiologia no clara
tiene vtm con acticidad interictal focal
se indica inicio de anticrisis se evaluara control clinicl - se ecplica concepto y conducta

VERSION DE DEMOSTRACIÓN - USO NO COMERCIAL, Favor Comunicarse Con Sistemas y Asesorias de Colombia.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

imente neurodesarrollo acorde a su edad , no focalizaciones , perimetro cefalico dentro de limites
ara seguimiento a neurodesarrollo , se dan pautas de estimulación
e dan recomendaciones y signos de alarma

** plan:
levetiracetam susp asi:
- dar 0.5 ml noche por 3 dias , leugo
- dar 0.5 ml cada 12 horas sin suspender

rnm cerebral simple bajo sedacion
videotelemetria 12 horas
cita control neuroepdiatria 1 MES

PARACLINICOS

IMPRESION DIAGNOSTICA

ANTECEDENTES

25/04/2025 10:59:57 a. m. Médicos

perinatales madre 27a , cp normales , ecografía normales ,
storch negativascesarea 37 ss , 37ss / bpn 2480 gr
desconoce causaucin 2 dia SDR - niega convulsiones
hipoglicemiasalos 3 dias de vida ictericia tto
fototerapiapatológico niegahops la referidafamiliares
retraso neurodesarrollo: prima materna / Discapacidad
cognitiva: tios segundos paternos

DIAGNOSTICOS

Codigo	Nombre	Tipo	Principal
G402	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCI	Definitivo	Confirmado_Nuevo
P071	OTRO PESO BAJO AL NACER	Definitivo	Confirmado_Repetido

INDICACIONES MEDICAS

Codigó	Descripción	Cantidad	Via	Indicación
MED179066	LEVETIRACETAM 100MG/ML SOLUCION ORAL 300 ML	1	Oral	0.5 ml cada 12 horas sin suspender formula por 4 meses

** plàn:levetiracetam susp asi:- dar 0.5 ml noche por 3 dias , leugo - dar 0.5 ml cada 12 horas sin suspender rnm cerebral simple bajo sedacion videotelemetria 12 horas cita control neuroepdiatria 1 MES

Dra. Sindy Bermejo Padilla
NEUROPEDIATRA - U. MILITAR
PEDIATRA - U. METROPOLITANA
R.M. 08-2087

BERMEJO PADILLA SINDY MARGARETH
NEUROLOGIA PEDIATRICA
1129536239

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner