DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
86c3a1ab082ee02591b80d81fad70b3ba2846c195958c442ef67decceb5c9bf7cab377f771ed92a2716d3349e60cdbe3

Número de Factura: FE-38
Fecha de Emisión: 25/08/2025
Fecha de Vencimiento: 25/08/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SYM BEST S.A.S.
Nombre Comercial: SYM BEST S.A.S.
Nit del Emisor: 901812683
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4771
País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CALLE 47 3 87 ESTE
Teléfono / Móvil: 3102134498
Correo: SYMBESTSAS@GMAIL.COM

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830082544
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 24 D 40 29
Teléfono / Móvil: 5202215
Correo: direccionfinanciera@cid.org.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	126	Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 5	NIU	120,00	$ 1.344,50	$ 0,00	$ 0,00	$ 30.654,60	19.00			$ 161.340,00

Notas Finales

Rubro Gastos de emergencia 2204 Beneficiario: Juan Esteban Burgos Carreño , Madre Sustituta: Gloria Edilma Ostios Lancheros
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
25/08/2025 20:51:31
Documento validado por la DIAN:
25/08/2025 20:51:31
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	161340
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	161340
IVA	30654.6
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	30654.6
Total neto factura (=)	191994.6
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 191994.6

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	161.340,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	161.340,00
IVA	30.654,60
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	30.654,60
Total neto factura (=)	191.994,60
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 191.994,60

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764082661269 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-10-31

Corporación Infancia y Desarrollo	REQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS					FO-ABYS-01-02-02 FUMD: 15/09/2016
FECHA SOLICITUD	20/8/2025		SOLICITANTE	EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO		
PROYECTO	Hogares sustitutos					
No.	DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD REQUERIDA	FECHA REQUERIDA	LUGAR DE ENTREGA O PRESTACIÓN SERVICIO	OBSERVACIONES
1	Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) ETAPA 5	Paquetes	4	21/08/2025	Tunja- Unidades de servicio	(Rubro Gastos de emergencia 2204) Beneficiario: Juan Esteban Burgos Carreño. Madre sustituta: Gloria Edilma Ostios Lancheros
VoBo DIRECCIÓN PROGRAMÁTICA/DIRECCION GENERAL				VoBo. Direccion financiera		
			APROBADA SI NO			
FIRMA				FIRMA		

Corporación Infancia y Desarrollo	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	FO-ABYS-01-03-03
	ORDEN DE COMPRAS	FUMD: 12/06/2025

Orden de Compra No	0	0	8	2
Proyecto ***"CHST_15004032025"***				

Bogotá, Agosto de 2025

Señores
SYM BEST S.A.S.
Nit: 901812683
Ciudad

Cordial saludo.

Una vez recibida y estudiada la cotización, se aprueba la compra de los productos abajo listados, de acuerdo con los precios ofrecidos por ustedes. Por esto, se solicita expedir la factura con los requisitos establecidos en el estatuto tributario y teniendo en cuenta los siguientes datos:

Cliente: Corporación Infancia y Desarrollo
Nit: 830082544 – 7
Dirección: Calle 24D #40-29
Teléfonos: 320 4952964
Referencia Cotización: La enviada

Gasto de emergencia					
Niño/a		Juan Esteban Burgos Carreño			
Madre Sustituta		Gloria Edilma Ostios Lancheros			
Factura		FE-38			
ITEM	PRODUCTO	CANT	VALOR ANTES IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL
1	Pañales paquete x30 unidades marca Winny	120	$ 1.344,50	$ 255,455	$ 191.995
TOTAL					$ 191.995

Nota: *Este proveedor al momento de la aceptación se adhirió a la política institucional de Tolerancia Cero frente a la explotación y los abusos sexuales (PEAS), la cual hace parte integral de la negociación del servicio o compra adquirido.*

Agradezco su gentil colaboración.

Atentamente,

Yaneth Triviño
Directora Financiera

"Desarrollo social para construir y aportar al país"	CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO HOGARES SUSTITUTOS FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo	Corporación Infancia y Desarrollo

ACTA DE ENTREGA

Por medio de la presente, LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO hace entrega de dotación a la señora GLORIIA OSTOS LANCHEROS identificada con Cedula de Ciudadanía No. 23495201 quien es Madre Sustituta del Centro Zonal de Tunja, los elementos entregados serán destinados para el Niño, Niña o Adolescente: JUAN ESTEBAN CARREÑO SIM No: 16069826.

TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO

DOTACIÓN		Dotación escolar	Útiles escolares	
			Uniformes	
	Dotación emergencia			X

FECHA DE ENTREGA: 13/08/2025

DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS

DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD REQUERIDA
Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) ETAPA 5	UNIDAD	4

Recibió a satisfacción SI_X__ NO___

Observación:

Entregado por:

Nombres y Apellidos: Nicolás G. Juya Calderón
C.C: 1057436690
Rol: Auxiliar Administrativo

Recibido por:

Nombres y Apellidos:
C.C: 23.495.201
Rol: Madre Sustituta

"Desarrollo social para construir y aportar al país"	CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO	
	HOGARES SUSTITUTOS	
	FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN	
	Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo	



OcciRed

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/01	2025/09/01

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Sym Best Sas	**No. Producto**	176300049226
No. Identificación	9018126833	**Entidad Financiera**	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	295
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/01	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/01	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$187,961.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A32125244050N
Estado	DEB	**Información**	FE-38
Descripción de Estado	Debitado	**Fecha Cobro**	-
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUA004OAVU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CONTRATO DE APORTE No. 15004032025
MODALIDAD HOGARES SUSTITUTOS

INFORME FINANCIERO
MES AGOSTO 2025

2. GASTOS DOTACION, EMERGENCIA Y ADICIONES
2204. Gastos de Emergencia

No.	MUNICIPIO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS MADRE SUSTITUTA	CONCEPTO	GASTOS DE EMERGENCIA	RETE FUENTE	TOTAL A PAGAR	DOC SOPORTE
1	MONIQUIRA	1101175352	AMY PAMELA MUTIS MUÑOZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 50.000	$ -	$ 50.000	28774
2	MONIQUIRA	1101175352	AMY PAMELA MUTIS MUÑOZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 80.000	$ -	$ 80.000	L-300-117
3	MONIQUIRA	24178952	BITELBINA HURTADO VLLAMIL	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 105.655	$ -	$ 105.655	L-300-118
				TOTALES	$ 235.655	$ -	$ 235.655	

Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28774

Señores	MUTIS MUÑOZ AMY PAMELA		
NIT	1.101.175.352-6		
Dirección	CALLE 18 No 06- 29 B. SANTANDER		
Teléfono	3167584491		
Ciudad	MONIQUIRA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	AMY MUTIS- GASTO EMERGENCIA AGOS MONIQ		0	.00	50,000.00

Total Bruto	50,000.00
Total a Pagar	**$ 50.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 50.000,00 Cuota 2 P - 003- 28774 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :3b7e142d1b5a8046f30b3730b7606701879312e4c84cba0c5a78d6a73efd202cb150faf61eef4847215f583e7ee8a9d6

Compensar Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 1S004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: AMY PAMELA MUTIS MUÑOZ BENEFICIARIO: ERIK ALEXIS ROJAS FONSECA

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	15/08/2025	860001371	AUTOBOY	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE MONIQUIRA-TUNJA	20.000		20.000
2	15/08/2025	860001371	AUTOBOY	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE MONIQUIRA-TUNJA	20.000		20.000
4	22/08/2025	860001371	AUTOBOY	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE MONIQUIRA-TUNJA	20.000		20.000
5	22/08/2025	891801450	TRANSPORTES LOS MUISCAS S.A	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE TUNJA- MONIQUIRA	20.000		20.000
6	31/08/2025	1101175352	AMY PAMELA MUTIS MUÑOZ	CUENTA DE COBRO VIATICOS	50.000		50.000
				TOTAL GASTOS	130.000		130.000

Elaborado :
Nombre: AMY PAMELA MUTIS
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

DEBE A:

AMY PAMELA MUTIS MUNOZ
NIT:
1101175352

La Suma de: $ 50.000 CINCUENTA MIL PESOS

Por concepto de

Viaticos por el desplazamiento a una Terapia Psicologica de Erik Alexis Rojas Fonseca desde Moniquira a Tunja por los días 15 y 22 de Agosto del año 2025

Fecha: 31/8/2025
Banco DAVIVIENDA
Tipo de Ahorros
No cuenta 055048847850477

Atentamente

AMY PAMELA MUTIS MUNOZ
1101175352
Departamento Boyaca
Direccion Moniquira
E - mail amy.mutis@uptc.edu.co
Cel o Tel 3167584491

Manifiesto bajo juramento que SI☐ NO☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	AMY PAMELA MUTIS MUÑOZ			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
1.101.175.352	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Moniquira	Boyaca	3167584491	31/8/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	VIATICOS Viaticos por el desplazamiento a una Terapia Psicologica de Erik Alexis Rojas Fonseca desde Moniquira a Tunja por los días 15 y 22 de Agosto del año 2025			$ 50.000

VALOR EN LETRAS: CINCUENTA MIL PESOS	Subtotal	$ 50.000
	Rte Renta Articulo 383E	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 50.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	0550488447850477
POR FAVOR	DAVIVIENDA	AHORROS		
		ACEPTO:	Pamela Mutis	

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 117

				Fecha Comprobante
Señores	AUTOBOY			
NIT	860,001,371 - 2	**Teléfono**	4250740	2025-08-31
Dirección	TERMINAL	**Ciudad**	MONIQUIRA - COLOMBIA	

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195450200	AUTOBOY-TIQ-9454 GASTO EMERGENCIA AGSO MONQ	860,001,371	257 - 7		20.000,000
5195450200	A U T O B O Y - T I Q - 6 8 5 6 G A S T O EMERGENCIA AGSO MONQ	860,001,371	257 - 7		20.000,000
5195450200	AUTOBOY-TIQ-5479 GASTO EMERGENCIA AGSO MONQ	860,001,371	257 - 7		20.000,000
5195450200	TRANSP MUISCAS-TIQ 165 GASTO EMERG AGOS MONIQ	891,801,450	257 - 7		20.000,000
2335950200	AMY MUTIS- GASTO EMERGENCIA AGOS MONIQ	1,101,175,352	257 - 1	Comp:L-300-00000000117,VTO: 1,F.VTO:2025/08/31	-80.000,000

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

AUTOBOY
860001371-2
DIAGONAL 23 69 60 OF 302
WWW.AUTOBOYSA.COM.CO
TIPO VENTA:PARA HOY
F.VENTA:2025-08-15 06:30:00
F.SALIDA:2025-08-15 06:40:00
OPERACION:446717
C.C PASAJERO:8300825447
NOMBRE:CORPORACION INFANCIA
TEL:6015202215
VEHICULO:1219/TTQ839
ORIGEN:MONIQUIRA
DESTINO:TUNJA

Nro.TIQ	SILLA	VALOR
DEMON-269454	3	20.000

TOTAL TIQ:$20.000
FORMA DE PAGO:EFECTIVO

SUCURSAL:MONIQUIRA
VALOR EQUIPAJE:0.00

VENDIDO POR:ANA LISBETH RODRIGUE
Z

IMPRESO SITRANS SA
www.sitrans.com.co

Terapia Especializada
Erik Alexis Rojas
15/08/2025

AUTOBOY
860001371-2
DIAGONAL 23 69 60 OF 302
WWW.AUTOBOYSA.COM.CO
TIPO VENTA:PARA HOY
F.VENTA:2025-08-15 09:54:12
F.SALIDA:2025-08-15 08:48:00
OPERACION:440433
C.C PASAJERO:8300825447
NOMBRE:CORPORACION INFANCIA
TEL:6015202215
VEHICULO:1367/NUT956
ORIGEN:TUNJA
DESTINO:MONIQUIRA

Nro.TIQ	SILLA	VALOR
DECHT-76856	15	20.000

TOTAL TIQ:$20.000
FORMA DE PAGO:EFECTIVO

SUCURSAL:CHEQUEO LA COLINA TUNJA
VALOR EQUIPAJE:0.00

VENDIDO POR:SAMUEL JUNCO GAMEZ

IMPRESO SITRANS SA
www.sitrans.com.co

AUTOBOY
860001371-2
DIAGONAL 23 69 60 OF 302
WWW.AUTOBOYSA.COM.CO
TIPO VENTA:PARA HOY
F.VENTA:2025-08-22 07:16:48
F.SALIDA:2025-08-22 07:20:00
OPERACION:446786
C.C PASAJERO:8300825447
NOMBRE:CORPORACION INFANCIA
TEL:6015202215
VEHICULO:1202/JVL383
ORIGEN:MONIQUIRA
DESTINO:TUNJA

Nro.TIQ	SILLA	VALOR
DEMON-275479	5	20.000

TOTAL TIQ:$20.000
FORMA DE PAGO:EFECTIVO

SUCURSAL:MONIQUIRA
VALOR EQUIPAJE:0.00

VENDIDO POR:JULIAN ANDRES MARTIN
EZ QUIROGA

IMPRESO SITRANS SA
www.sitrans.com.co

Terapia Especializ.
Erik Rojas.
20/08/2025

TRANSPORTES LOS MUISCAS S.A.
Vigilado SuperTransporte

TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-08-22T10:16

TRANSPORTES MUISCAS S.A.
891801450-1

DIRECCION: glorieta norte
OPERARIO: WILSON SNEYDER INFANTIL
FECHA VIAJE: 2025-08-22T10:14
No TIQUET: 30165
SERVICIO: BASICO
Placa Int
SXL557 235
Bahia Nro: 12
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: AA13088
LA EQUIDAD NIT 860028415-5
POLIZA RCE: AA003515
LA EQUIDAD NIT 860028415-5
Tipo:CC Num:8300825447
NOMBRE:corporación de infancia y desarrollo
RUTA: TUNJA->MONIQUIRA
DESTINO: MONIQUIRA
CANT:1 PUESTO: 1.

VALOR TIQUETE: 20000
VALOR TOTAL: 20000

** FELIZ VIAJE **
Tiquete no valido como soporte, la Factura Electronica llega por correo

Powered by CamScanner

	ASOCIACIÓN CREEMOS EN TI
	ÁREA – PROFESIONALES
	CERTIFICACIÓN ASISTENCIA CONSULTA PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

CERTIFICACIÓN ASISTENCIA CONSULTA PSICOLOGICA ESPECIALIZADA

ASOCIACION CREEMOS EN TI

NIT. 830.051.999-1

TUNJA - BOYACA

La presente certifica que el niño ERIK ALEXIS ROJAS FONSECA, identificado con Registro Civil de Nacimiento 1054683973, asistió a la Asociación Creemos En Ti, el día 22/08/2025, a las 8:45 a.m. hasta las 10:15 a.m., con la profesional Bibiana Castro, para cumplir con su proceso psicológico especializado y de acuerdo a programación de consulta con anterioridad, a nivel individual y con red vincular de apoyo.

El usuario ha sido remitido por parte de Defensoría de Familia, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Boyacá, dentro del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

Agradezco la atención prestada, cualquier duda e inquietud, puede comunicarse a través del correo marthacastro@asocreemosenti.org.

La presente se explide a solicitud del interesado(a).

Dado en Tunja, el 15 de Agosto de 2025.

Atentamente,

BIBIANA CASTRO PAEZ
Psicóloga, U.P.T.C
Especialista Psicología Clínica
Universidad Católica de Colombia
Tarjeta Profesional Nº 102784
Asociación Creemos en Ti

	ASOCIACIÓN CREEMOS EN TI
	ÁREA – PROFESIONALES
	CERTIFICACIÓN ASISTENCIA CONSULTA PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

CERTIFICACIÓN ASISTENCIA CONSULTA PSICOLOGICA ESPECIALIZADA

ASOCIACION CREEMOS EN TI

NIT. 830.051.999-1

TUNJA - BOYACA

La presente certifica que el niño ERIK ALEXIS ROJAS FONSECA, identificado con Registro Civil de Nacimiento 1054683973, asistió a la Asociación Creemos En Ti, el día 22/08/2025, a las 8:45 a.m. hasta las 10:15 a.m., con la profesional Bibiana Castro, para cumplir con su proceso psicológico especializado y de acuerdo a programación de consulta con anterioridad, a nivel individual y con red vincular de apoyo.

El usuario ha sido remitido por parte de Defensoría de Familia, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Boyacá, dentro del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

Agradezco la atención prestada, cualquier duda e inquietud, puede comunicarse a través del correo marthacastro@asocreemosenti.org.

La presente se explide a solicitud del interesado(a).

Dado en Tunja, el 22 de Agosto de 2025.

Atentamente,

BIBIANA CASTRO PAEZ
Psicóloga, U.P.T.C
Especialista Psicología Clínica
Universidad Católica de Colombia
Tarjeta Profesional Nº 102784
Asociación Creemos en Ti

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: BITELBINA HURTADO VILLAMIL BENEFICIARIO: DILAN ANDRES SAAVEDRA GUARIN

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	4/08/2025	24178952	BITELBINA HURTADO VILLAMIL	COMPRA: PAQUETE DE PAÑALES	49.900		49.900
2	14/08/2025	24178952	BITELBINA HURTADO VILLAMIL	COMPRA: PAQUETE DE PAÑALES	55.755		55.755
				TOTAL GASTOS	105.655		105.655

Elaborado: Bitelbina Hurtado
Nombre: BITELBINA HURTADO VILLAMIL
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Amy Pamela Mutis Munoz	**No. Producto**	0550488447850477
No. Identificación	1101175352	**Entidad Financiera**	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	462
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$130,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101NI
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 118

				Fecha Comprobante
Señores	DROGUERIA CRUZ VERDE			
NIT	800,149,695 - 1	**Teléfono**	4924860	2025-08-31
Dirección	CALLE 97 N. 13-14	**Ciudad**	MONIQUIRA - COLOMBIA	

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195250300	DROGUERIA CRUZ VERDE-FAC 680 GAST EMERG AGOS MONIQ	800,149,695	257 - 7		49.900,000
5195250300	DROGUERIA CRUZ VERDE-FAC119 GAST EMERG AGOS MONIQ	800,149,695	257 - 7		55.755,000
2335950200	BITELBINA HURTADO-GASTO EMERGENCIA AGOST MONIQ	24,178,952	257 - 1	Comp:L-300-00000000118,VTO: 1,F.VTO:2025/08/31	-105.655,000

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

Cruz Verde

CONMUTADOR 24 HORAS
TEL: [illegible] BOGOTA
01800 910 5495 NACIONAL
DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS
NIT 800.140.695 - 1
Regimen Comun
Somos Grandes Contribuyentes Segun
Resolucion No. 012220 del 27-12-2022

Somos AUTORRETENEDORES DEL IMPUESTO
SOBRE LA RENTA SEGUN RESOLUCION
No. 2824 DEL 26 DE MARZO DE 2024

Carrera 12 A 96-32 Bogotá D.C.
PBX: 4924860
Agente Retenedores de IVA e ICA

La bolsa vendida por Cruz Verde
está exenta del Impuesto Nacional al Consumo

SISTEMA POS

Resolucion de Factura Electronica DIAN No.
18764095402978
Fecha Inicial 03-07-2025- Fecha Final 09-07-2027
Autoriza rangos: Del 8880 300001 al 8880 50000

Punto de Venta: Calle 19 # 7-26/28, MONTQUIRA
1180_CRUZ_VERDE_PARQUE_MONTQUIRA
Agentes Retenedores de IVA e ICA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FACTURA Nro.	8080 300660
SECUENCIA	300690
NRO. TICKET	34631
FECHA Y HORA GENERACION	04-08-2025 12:32:58
FECHA Y HORA EXPEDICION	04-08-2025 12:32:58
CAJERO	YESENIA HERNANDEZ SUAREZ
CIUDAD	MONIQUIRA
CAJA Nro.	2
CLIENTE	CONSUMIDOR FINAL .
IDENTIFICACION	2222222222
DIRECCCION	
TELEFONO	
CELULAR	1000000000

DETALLE DE VENTA

DESCRIPCION	CANT	TARIFA IVA	VALOR
PROMO PAN+TOAE2PX50P+10T	1	IVA 19%	49.900
PAQUETE			

TOTAL SIN REDONDEO	49.900
REDONDEO	0
TOTAL FACTURA	49.900

DETALLE DE IMPUESTOS

DETALLE	V/R COMPRA	BASE/IMP	IMP
IVA 19%	49.900	41.933	7.967

DETALLE DE PAGOS

FORMA PAGO	MEDIO	BANCO	NRO.	VALOR
CONTADO	Efectivo			50.000
Cambio				100

CUFE:
d76d7e34bb57da6f372ec96a25490e903b0d438c775a
53f9eb5c0279c050416f79100395ebc873f052210615
491cbe68

Fabricante FE: Paperless SAS
NIT: 900.749.874-0
Software ID: eInvoice Colombia

Fabricante del software: GEOCOM URUGUAY S.A. RUC
RUC: 213453280016
Nombre del software: GEOPos

EN CRUZ VERDE SOMOS EXPERTOS EN AHORRO:
TU AHORRO HOY FUE DEL: 0.0% EQUIVALENTE A: 0 COP.
EN ESTA COMPRA PODRIAS HABER AHORRADO CON TU CLUB CRUZ VERDE: 5,0% EQUIVALENTE A 2.495 COP.
Consulta información sobre el uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos en:
www.cruzverde.com.co /usoadecuado

Powered by CamScanner

CruzVerde

DOMICILIOS 24 HORAS
TEL: 4865000 BOGOTA
018000 910 5455 NACIONAL
DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS
NIT 800.149.695 - 1
Regimen Comun
Somos Grandes Contribuyentes Segun
Resolucion No. 012220 del 27-12-2022

SOMOS AUTORRETENEDORES DEL IMPUESTO
SOBRE LA RENTA SEGUN RESOLUCIÓN
No. 2824 DEL 26 DE MARZO DE 2024

Carrera 12 # 96-32 Bogotá D.C.
PBX: 4924860
Agente Retenedores de IVA e ICA

La bolsa vendida por Cruz Verde
está exenta del Impuesto Nacional al Consumo

SISTEMA POS

Resolucion de Factura Electronica DIAN No.
18764095402978
Fecha Inicial 09-07-2025- Fecha Final 09-07-2027
Autoriza rangos: Del ABBO 300001 al ABBO 5000

Punto de Venta: Calle 19 # 7-26/28, MONIQUIRA
1180_CRUZ_VERDE_PARQUE_MONIQUIRA
Agentes Retenedores de IVA e ICA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FACTURA Nro.	ABBO 301119
SECUENCIA	301119
NRO. TICKET	26012
FECHA Y HORA GENERACION	14-08-2025 10:20:03
FECHA Y HORA EXPEDICION	14-08-2025 10:20:03
CAJERO	ANDREA LILIANA SUAREZ GONZALEZ
CIUDAD	MONIQUIRA
CAJA Nro.	1
CLIENTE	VITELVINA URTADO
IDENTIFICACION	24178952
CONVENIO	CLUB CRUZ VERDE
PLAN	255033344
DIRECCCION	
TELEFONO	
CELULAR	3114466417

DETALLE DE VENTA

DESCRIPCION	CANT	TARIFA IVA	VALOR
PANAL+101 E-3 WIN-S	1	IVA 19%	61.950
FQX50 PAQUETE			
###15_JUEVES DEL BEBE CONSUMO PDV			-6.195
TOTAL AHORRO			-6.195
TOTAL SIN REDONDEO			55.755
REDONDEO			0
TOTAL FACTURA		55.755	

DETALLE DE IMPUESTOS

DETALLE	V/R COMPRA	BASE/IMP	IMP
IVA 19%	55.755	46.853	8.902

DETALLE DE PAGOS

FORMA PAGO	MEDIO	BANCO	NRO.	VALOR
CONTADO	Efectivo			107.000
Cambio				51.245

CUFE:
537fadecec278d71b736f8437a7fe394d3c135c73500
c3fddaac69267a8b0f85b0c84ea31bbfb0fc3eefdda1
adc30f04

Fabricante FE: Paperless SAS
NIT: 900.749.874-0
Software ID: eInvoice Colombia

Fabricante del software: GEOCOM URUGUAY S.A. RUC
RUC: 213453280018
Nombre del software: GEOPos

EN CRUZ VERDE SOMOS EXPERTOS EN AHORRO:
TU AHORRO HOY FUE DEL: 10.0% EQUIVALENTE A:
6.195 COP.

Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Bitelbina Hurtado Villamil	**No. Producto**	0550176700058538
No. Identificación	24178952	**Entidad Financiera**	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	461
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$105,655.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101NH
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CONTRATO DE APORTE No. 15004032025
MODALIDAD HOGARES SUSTITUTOS

INFORME FINANCIERO
MES AGOSTO 2025

2. GASTOS DOTACION, EMERGENCIA Y ADICIONES
2204. Gastos de Emergencia

No.	MUNICIPIO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS MADRE SUSTITUTA	CONCEPTO	GASTOS DE EMERGENCIA	RETE FUENTE	TOTAL A PAGAR	DOC SOPORTE
1	SOGAMOSO	46376461	SARA LILIANA RODRIGUEZ GARZON	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 136.800	$ -	$ 136.800	L-300-119
2	SOGAMOSO	46372005	BLANCA FLOR SIERRA BARRERA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 20.000	$ -	$ 20.000	28775
3	SOGAMOSO	46372005	BLANCA FLOR SIERRA BARRERA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 20.000	$ -	$ 20.000	L-300-120
4	SOGAMOSO	46356506	MARIA PATRICIA SOSA DE SANCHEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 306.200	$ -	$ 306.200	L-300-121
5	SOGAMOSO	46362365	GILMA ALARCON ALVAREZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 110.000	$ -	$ 110.000	28776
6	SOGAMOSO	46362365	GILMA ALARCON ALVAREZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 455.496	$ -	$ 455.496	L-300-122
7	SOGAMOSO	46359068	MARIA HERMELINDA FERNANDEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 80.000	$ -	$ 80.000	28777
8	SOGAMOSO	46359068	MARIA HERMELINDA FERNANDEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 180.000	$ -	$ 180.000	L-300-123
9	SOGAMOSO	46383074	HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 420.000	$ -	$ 420.000	L-300-124
10	SOGAMOSO	46383074	HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 259.600	$ -	$ 259.600	28778
7	SOGAMOSO	1049627532	DANIEL SANTIAGO VARGAS	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 2.320.000	$ 81.200	$ 2.238.800	28779
				TOTALES	$ 4.308.096	$ 81.200	$ 4.226.896	

Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 119

Señores	COOPERATIVA HOGARES DE BIENESTAR DE SOGAMOSO LIMITADA			**Fecha Comprobante**
NIT	826,000,831 - 0	**Teléfono**		2025-08-15
Dirección	CR 13 4 38	**Ciudad**	SOGAMOSO - COLOMBIA	

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195250300	COOPERATIVA HOGARES-FAC 15050 GASTOS EMERGE AG SOG	826,000,831	257 - 7		73.966,000
5195109902	COOPERATIVA HOGARES-FAC 15050 GASTOS EMERGE AG SOG	826,000,831	257 - 7	Base: 73,966.00	14.054,000
5195250300	COOPERATIVA HOGARES-FAC 16803 GASTOS EMERGE AG SOG	826,000,831	257 - 7		40.991,600
5195109902	COOPERATIVA HOGARES-FAC 16803 GASTOS EMERGE AG SOG	826,000,831	257 - 7	Base: 40,991.60	7.788,400
2335950200	SARA RODRIGUEZ-GASTO EMERGENCIA AGOST SOGAM	46,376,461	257 - 1	Comp:L-300-00000000119,VTO: 1,F.VTO:2025/08/15	-136.800,000

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: SARA LILIANA RODRÍGUEZ GARZÓN BENEFICIARIO: SALVADOR TORRES GOMEZ

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	15/08/2025	826000831	COOPERATIVA HOGARES DE BIENESTAR	PAQUETE DE PAÑALES WINNY	88.020		88.020
2	30/08/2025	826000832	COOPERATIVA HOGARES DE BIENESTAR	PAQUETE DE PAÑALES WINNY	48.780		48.780
				TOTAL GASTOS	136.800		136.800

Elaborado : Liliana Rodriguez
Nombre: SARA LILIANA RODRÍGUEZ GARZÓN
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Powered by CamScanner

COOPERATIVA HOGARES DE BIENESTAR
NIT 826 000 831-0
Dir CR 13 4 38
SOGAMOSO-Boyaca
Responsable de IVA, No Retenedores de IVA
No Somos Autorretenedores del Impuesto sobre la Renta
CAJA
Doc Equivalente POS Res DIAN 18764091726624
Del 08/04/2025 al 08/04/2027, Vigencia 24 meses
Del DPES-1 al DPES-100000

Documento Equivalente Electrónico Tiquete de Maquina Registradora con Sistema P.O.S
No. DPES-15050

CLIE: CORPORACION INFANCIA Y DESARRO
NIT: 830.082 544-7
FORMA DE PAGO: Contado

ARTICULO	CANT	PARCIAL
Winny. 19%	2	88,020.00

VENTA NETA	:	88,020.00
AJUSTE AL PESO	:	0.00
	:	88,020.00

CONCEPTO %	BASE/IVA/INC	IVA/INC
19	73,966.39	14,053.61

TOTAL ARTICULOS 2

CUDE bbf8c3f88aa093035041a63a5d74374ae74408f95e69c9c06e0da319b1f0d7d2a6fd4ad3f192282ae1524950f54139a2
Validación DIAN 15/08/2025 17:19:39

15/08/2025[17:18]
VEND LADY MARCELA GARAVITO

Juan Carlos Martin Parra - Nit.9.534.756-4
SISTEMA ADMINISTRATIVO FLASH
www.[illegible]software.com.co

Powered by CamScanner

COOPERATIVA HOGARES DE BIENESTAR
NIT. 826.000.831-0
Dir.: CR 13 4 38
SOGAMOSO-Boyaca
Responsable de IVA, No Retenedores de IVA
No Somos Autorretenedores del Impuesto sobre la Renta
CAJA
Doc. Equivalente POS. Res. DIAN 18764091726624
Del 08/04/2025 al 08/04/2027, Vigencia 24 meses
Del DPES-1 al DPES-100000

Documento Equivalente Electrónico Tiquete de Maquina Registradora con Sistema P.O.S.
No. DPES-16803

CLIE. CORPORACION INFANCIA Y DESARRO
NIT: 830.082.644-7
FORMA DE PAGO: Contado

ARTICULO	CANT	PARCIAL
Winny. 19%	1	48,780.00
VENTA NETA		48,780.00
AJUSTE AL PESO		0.00
		48,780.00

CONCEPTO %	BASE/IVA/INC	IVA/INC
19	40,991.60	7,788.40

TOTAL ARTICULOS 1

CUDE: f1b5870d3ea692cf548081aa9c39ff5af2a45ce09c8f5c6c2747aad943854e5904833fc2677302005c7cca214803e76a
Validación DIAN: 30/08/2025 15:12:08

30/08/2025[15:10]
VEND: LADY MARCELA GARAVITO

Juan Carlos Martin Parra - Nit.9.534.756-4
SISTEMA ADMINISTRATIVO FLASH
www.icmpsoftware.com.co

Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Sara Rodriguez Garzon	**No. Producto**	841466931
No. Identificación	46376461	**Entidad Financiera**	BBVA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	497
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$136,800.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101OH
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28775

Señores	SIERRA BARRERA BLANCA FLOR
NIT	46.372.005-1
Dirección	CARRERA 4 # 5-117
Teléfono	3224829310
Ciudad	SOGAMOSO - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	BLANCA SIERRA- GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM		0	.00	20,000.00

Total Bruto	20,000.00
Total a Pagar	**$ 20.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 20.000,00 Cuota 2 P - 003- 28775 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Veinte Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :0891af7b6530c22264e4b33085183a041b7799c3f957f9f4fef64883c0fef40c6b2b6d76007b464eeb47ff7577f37d06

	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004092025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: BLANCA FLOR SIERRA BARRERA BENEFICIARIO: ADRIANA LUCIA GUTIERREZ MALDONADO

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	9/08/2025	SS1900042	COOFLOTAX	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE SOGAMOSO-DUITAMA	10.000		10.000
2	9/08/2025	SS1900043	COOFLOTAX	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE DUITAMA- SOGAMOSO	10.000		10.000
3	9/08/2025	1053720305	BLANCA FLOR SIERRA BARRERA	CUENTA DE COBRO VIATICOS	20.000		20.000
				TOTAL GASTOS	40.000		40.000

Elaborado :
Nombre: BLANCA FLOR SIERRA BARRERA
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado:
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

BLANCA FLOR SIERRA BARRERA
NIT:
46372005

La Suma de: $ 20.000 VEINTE MIL PESOS

Por concepto de

Viaticos por el desplazamiento a una cita de Otorrinolaringologia de Adriana Lucia Gutierrez Maldonado desde Sogamoso a Duitama el dia 09 de agosto del año 2025

Fecha:	31/8/2025
Banco	CAJA SOCIAL
Tipo de	Ahorros
No cuenta	24078487264

Atentamente

BLANCA FLOR SIERRA BARRERA
46372005

Departamento	Boyaca
Direccion	Sogamoso
E - mail	blancasierra658003@gmail.com
Cel o Tel	3224829310

Manifiesto bajo juramento que SI☐ NO☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	BLANCA FLOR SIERRA BARRERA			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
46.372.005	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Sogamoso	Boyaca	3224829310	31/8/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	VIATICOS Viaticos por el desplazamiento a una cita de Otorrinolaringologia de Adriana Lucia Gutierrez Maldonado desde Sogamoso a Duitama el día 09 de agosto del año 2025			$ 20.000

VALOR EN LETRAS: VEINTE MIL PESOS	Subtotal	$ 20.000
	Rte Renta Articulo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	$ 0
	Total a Pagar	$ 20.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	24078487264
POR FAVOR	CAJA SOCIAL	AHORROS		
		ACEPTO:		

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 120

Señores	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORÉS FLTAX DUITAMA			**Fecha Comprobante**
NIT	891,800,043 - 2	**Teléfono**		2025-08-31
Dirección	CR 18 22A 15 DUITAMA	**Ciudad**	SOGAMOSO - COLOMBIA	

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195450200	COOFLOTAX-TIQ 1102 GASTOS EMERGENCIA AGOS SOGAM	891,800,043	257 - 7		10.000,000
5195450200	COOFLOTAX-TIQ 4695 GASTOS EMERGENCIA AGOS SOGAM	891,800,043	257 - 7		10.000,000
2335950200	BLANCA SIERRA- GASTO EMERGENCIA AGOS MONIQ	46,372,005	257 - 1	Comp:L-300-00000000120,VTO: 1,F.VTO:2025/08/31	-20.000,000

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

COOFLOTAX. - N.I: 891800043

Empresa Operadora: COOTRACHICA

TIQUETE #: DESDE-241101,DESDE-241102

FECHA VIAJE: 2025-08-09 12:02:00

TRAMO: SOGAMOSO TERMINAL - DUITAMA

CEDULA: 46372005

TIPO-DOC: C.C

NOMBRE: BLANCA SIERRA

PUESTOS: (6,7)

VEHICULO: 465 - GZY802

RUTA: SOGAMOSO - DUITAMA TERMINAL

POLIZA RCC: 037311010220031

EMPRESA RCC: SEGUROS DEL ESTADO S.A SEGUROS GENERALES NIT-860009578

POLIZA RCE: 037311010220707

EMPRESA RCE: SEGUROS DEL ESTADO S.A SEGUROS GENERALES NIT-860009578

SOAT: 91460624

EMPRESA SOAT: SEGUROS MUNDIAL NIT-860037013

VALOR TOTAL: $10.000

---------- ORIGINAL PASAJERO ----------

OPERACIÓN: 1518503

TIPO VENTA: PARA HOY

ELABORO: JUAN CARLOS CEPEDA CUTA

HORA IMPRIME:2025-08-09 11:57:57

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

Impreso por SITRANS S.A.S

DOCUMENTO ELECTRONICO EQUIVALENTE valido 30 minutos despues de la hora de salida

---

COOFLOTAX. - Nit: 891800043

Empresa Operadora: COOFLOTAX

TIQUETE #: DEDUI-374037,DEDUI-374038

FECHA VIAJE: 2025-08-09 15:15:00

TRAMO: DUITAMA - SOGAMOSO TERMINAL

CEDULA: 222222222222

TIPO-DOC: C.C

NOMBRE: CONSUMIDOR FINAL

PUESTOS: (7,14)

VEHICULO: 682 - XJB167

RUTA: DUITAMA - SOGAMOSO TERMINAL

POLIZA RCC: AA012778

EMPRESA RCC: LA EQUIDAD SEGUROS NIT-860028415

POLIZA RCE: AA012603

EMPRESA RCE: LA EQUIDAD SEGUROS NIT-860028415

SOAT: 15308053304438000

EMPRESA SOAT: LA PREVISORA SEGUROS NIT-860002400

VALOR TOTAL: $10.000

---------- ORIGINAL PASAJERO ----------

OPERACIÓN: 1518432

TIPO VENTA: PARA HOY

ELABORO: MARIA CATALINA PEREZ ROJAS

HORA IMPRIME:2025-08-09 15:07:14

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

Impreso por SITRANS S.A.S

DOCUMENTO ELECTRONICO EQUIVALENTE valido 30 minutos despues de la hora de salida

---

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA
HISTORIA CLÍNICA

FOLIO 2

Hospital

HC DE EVOLUCION CONSULTA EXTERNA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	ADRIANA LUCIA GUTIERREZ MALDONADO	DOCUMENTO / HISTORIA	1058431557
Edad	3 Años / 10 Meses / 16 Dí	Sexo	Femenino
Fecha Nacimiento	22/09/2021	Direccion	carrera 4 n6-117 barrio el cortijo
Procedencia	SOGAMOSO	Ingreso	1732084
Estado Civil	Soltero		
Telefono	3224829310 madre sus		
Fecha Ingreso	9/08/2025 1:02:07 p. m.		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	Regimen	Subsidiado
Estrato	ESTRATO UNO		
Nombre Acudiente		Telefono	
Parentesco			
Nombre Acompañante		Telefono	

Fecha/Hora Grabación	9/08/2025 2:04:39 p. m.	Fecha/Hora Inicio Folio	9/08/2025 1:52:28 p. m.
		Fecha/Hora Confirmación	9/08/2025 2:04:39 p. m.

Especialidad Tratante : OTORRINOLARINGOLOGIA

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	15/11/2024	NIEGA

SUBJETIVO

PREVIO PROTOCOLO DE MINISTERIO Y DE LA INSTITUCIÓN
SE EXAMINA AL PACIENTE CON PREVIO LAVADO DE MANOS, MÁSCARA FACIAL
MC:
PACIENTE MENOR DE EDAD ASISTE CON MADRE SUSTITUTA POR CUADRO DE OBSTRUCCION NASAL , RONCADORA, HIPERTROFIA DE ADENOIDES
MANEJO CON HUMENAS , AZEFLU, Y DESLORATADINA CON MEJORIA
AHORA ESTA SIN MEDICAMENTOS HACE 2 MESES NUEVAMENTE SINTOMATOLOGIA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES		GLASGOW			
TAS:	100	Apertura Ocular:	Espontanea 4	Peso :	Kg
TAD:	68	Respuesta Verbal:	Orientación 5	Talla:	Cm
TAM:	787 mmHg	Resp. Motora:	Obedece Ordenes 6	IMC:	0
FC:	75 x min	Glasgow:	15	Riesgo:	
FR:	26 x min	Estado Conciencia:	Alerta	Llenado Capilar:	< 2 seg.
T°:	37 C			Dolor:	No
SoZ:	94 %			Escala Dolor:	
FIO2:	21 %			Localización:	
				Glucometria:	mg/dl

EXAMEN FÍSICO: VALORACIÓN POR SISTEMAS

OTOSCOPIA
OÍDO IZQUIERDO CAE NORMAL MEMBRANA ÍNTEGRA
OÍDO DERECHO CAE NORMAL MEMBRANA ÍNTEGRA
RINOSCOPIA
NARIZ SEPTUM FUNCIONAL
CORNETES PALIDOS DE TAMAÑO NORMAL
BOCA NORMAL
AMIGDALAS GRADO I
FARINGE NORMAL

INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ANALISIS - ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO - JUSTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN

IDX
HIPERTROFIA DE ADENOIDES
RINITIS ALERGICA

SS
AZEFLU POR 6 MESES
DESLORATADINA POR 6 MESES
CITA CON ORL EN 6 MESES
CONTINUAR MANEJO SE EXPLICA A LA MAMA

LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA] NIT [891855438-4]

Powered by CamScanner

Fecha Actual : Sábado, 08 agosto 2020

Hospital Regional de Duitama

PLAN DE MANEJO EXTERNO DE SERVICIOS

1068431687

Nombre : ADRIANA LUCIA GUTIERREZ MALDONADO Documento / Historia : 1068431687

Edad : 3 Años / 10 Meses / 10 Dias Sexo : Femenino

Direccion : carrera 4 05-117 barrio el cortijo Telefono : 3224029310 madre sue

Procedencia : SOGAMOSO (BOYACA) Fecha : 08/08/2020

Entidad : SUB04704 - NUEVA EPS DUITAMA CONSULTA EXTERNA SUBSIDIADO FI 10/05/2010 FF 10/05/2020 DCTO 2423 - 15%

Cama : Regimen : Subsidiado Estrato : ESTRATO UNO

Listado de Procedimientos no Quirurgicos

Codigo	Descripcion	Cant.	ESTADO
890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA CITA CON ORL 0 MESES	1	Rutinario

CUPS: 890382 CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnosticos Total Items: 1

J304

PEDRO ENRIQUE PULIDO CABALLERO
Registro Medico: 20701
OTORRINOLARINGOLOGIA

"Es un derecho de los usuarios y sus familias: Que se le garantice el manejo privado y confidencial de su atención."
"Es deber de los usuarios y sus familias : Respetar la privacidad y confidencialidad de los demás usuarios."

LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA] NIT [891855438-4]

Powered by CamScanner

OcciRed

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO

Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544

Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Blanca Flor Sierra Barrera	**No. Producto**	24078487264
No. Identificación	46372005	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	495
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$40,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101OF
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 121

				Fecha Comprobante
Señores	ORBEDI SAS			
NIT	901,227,487 - 7	**Teléfono**	7710684	2025-08-31
Dirección	CR 11 14 03	**Ciudad**	SOGAMOSO - COLOMBIA	

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195250300	ORBEDI-FAC 3949GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM	901,227,487	257 - 7		100.168,000
5195109902	ORBEDI-FAC 3949GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM	901,227,487	257 - 7	Base: 100,168.00	19.032,000
5195250300	ORBEDI-FAC 3341 GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM	901,227,487	257 - 7		157.143,000
5195109902	ORBEDI-FAC 3341 GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM	901,227,487	257 - 7	Base: 157,143.00	29.857,000
2335950200	MARIA SOSA-GASTOS EMERGE AGSOT SOGA	46,356,506	257 - 1	Comp:L-300-00000000121,VTO: 1,F.VTO:2025/08/31	-306.200,000

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: MARIA PATRICIA SOSA BENEFICIARIO: EITHAN ALEJANDRO OSPINA RODRIGUEZ // AMBERLY CAROLINA AVILA VILCHES

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	19/08/2025	901227487-7	ORBEDI S.A.S.	PAÑALES WINNY ULT SEC ET 4*30 UND PAÑALES WINNY ULT SEC ET 4*50 UND	187.000		187.000
2	22/08/2025	901227487-7	ORBEDI S.A.S.	WINNY ULT SEC ET 3*50 UND	119.200		119.200
				TOTAL GASTOS	306.200		306.200

Elaborado: María Patricia Sosa
Nombre: MARIA PATRICIA SOSA
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

FARMAMEDICOS SOGAMOSO
FARMAMEDICOS_I_32563
ORBEDI S.A.S
CR.11 # 14-03
NIT 901227487-7
Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel. 7710684

Cliente: 830082544-
Nombre: CORPORACION INFANCIA
Dirección: CALLE24D N 40-29
Tel: 5202215
Barrio: BOGOTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.: FEFM93949

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764074786678 del 2024 jul. 10del Rango FEFM 10001 al FEFM 4000000 Vigencia 24 Meses

DOMICILIOS

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
22/08/2025	11:05	0 ADMIN	02 ALFRE

WINNY ULT SEC ET 3*50 UND		
77010211118452 C	$ 119.200	A

Sub Total	$ 119.200
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 119.200**
Valor Recibido	$ 119.200
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 0
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 100.168

A:Base 19% $ 100.168 Iva: $ 19.032

Tipo de Pago efectivo: $ 119.200

Puntos Factura: Puntos Cliente: 0

Caja: PRINCIPAL
Cufe:
15d7690f75c165311a3411969c5a1194c9c0448690eb3da02fae50492b9dacb83566faf8a372f934f911e84f80f2c542

Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
NODEXUM SAS

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

Scanned with CamScanner

FARMAMEDICOS SOGAMOSO
FARMAMEDICOS I 32563
ORBEDI S.A.S
CR 11 # 14-03
NIT 901227487-7
Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel. 7710684

Cliente: 830082544-7
Nombre: CORPORACION INFANCIA
Dirección: CALLE24D N 40-29
Tel: 5202215
Barrio: BOGOTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.: FEFM93341

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764074786678 del 2024 jul. 10del Rango FEFM 10001 al FEFM 4000000 Vigencia 24 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
19/08/2025	18:56	0 ADMIN	02 ALFRE

WINNY ULT SEC ET 4*50 UND			
77010211475852 C		$ 143.800	A
WINNY ULT SEC ET 4*30 UND			
77010211141361 C		$ 43.200	A

Sub Total	$ 187.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 187.000**
Valor Recibido	$ 187.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 0
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 157.143

A:Base 19% $ 157.143 Iva: $ 29.857

Tipo de Pago efectivo: $ 187.000

Puntos Factura. Puntos Cliente: 0

Caja: AUXILIAR2
Cufe:
85e973538e4d0ee4949f68df11f08fad7c2f461e9
8053bf483535e93fcda2a2c05507cd08889abda
8df37fa3b7ce9bbc

Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
NODEXUM SAS

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

Scanned with CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Maria Patricia Sosa de Sanchez	**No. Producto**	24087251522
No. Identificación	46356506	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	498
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$306,200.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101OI
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28776

Señores	ALARCON ALVAREZ GILMA
NIT	46.362.365-3
Dirección	CALLE 7 # 12 - 16 APTO 301 LA CASTELLANA
Teléfono	3124942375
Ciudad	SOGAMOSO - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	GILMA ALARCON- GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM		0	.00	110,000.00

Total Bruto	110,000.00
Total a Pagar	**$ 110.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 110.000,00 Cuota 2 P - 003- 28776 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Ciento Diez Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Siigo SAS

Elaborado por

Aprobado por

Recibido por

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :c0bf36831909161cd3a5d572d11513594d7ab6a9010acdcc57aaeaf807480be69cc9d61bae7f46af8b8c3518ddd8a652

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: GILMA ALARACON ALVAREZ BENEFICIARIO: DAVID SANTIAGO PEREZ RIVEROS //ALEJANDRA ESTEFANIA VARGAS LOPEZ

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	14/08/2025	860001371	AUTOBOY S.A	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE SOGAMOSO-TUNJA	26.000		26.000
2	14/08/2025	891800045	COFLONORTE LTDA	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE TUNJA- SOGAMOSO	20.000		20.000
3	19/08/2025	74375887-4	EDWIN ALFONSO ROMERO ROMERO	PAQUETE DE PAÑALES WINNY: PANTS, GOLD Y PAÑITOS	229.496		229.496
4	21/08/2025	891800045	COFLONORTE LTDA	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE SOGAMOSO-BOGOTA	90.000		90.000
5	21/08/2025	891800046	COFLONORTE LTDA	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE BOGOTA- SOGAMOSO	90.000		90.000
6	31/08/2025	46.362.365	GILMA ALARCON ALVAREZ	CUENTA DE COBRO VIATICOS	110.000		110.000
				TOTAL GASTOS	565.496		565.496

Elaborado: Gilma Alarcon Alvarez
Nombre: GILMA ALARCON ALVAREZ
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

GILMA ALARCON ALVAREZ
NIT:
46362365

La Suma de: $ 110.000 CIENTO DIEZ MIL PESOS

Por concepto de

Viaticos por el desplazamiento a una cita medica de ALEJANDRA ESTEFANIA VARGAS LOPEZ desde Sogamoso a Tunja el día 14/08/2025 y de Sogamoso a Bogota el día 21/08/2025.

Fecha:	31/8/2025
Banco	CAJA SOCIAL
Tipo de	Ahorros
No cuenta	24010112658

Atentamente

Gilma Alarcon Alvarez

GILMA ALARCON ALVAREZ
46362365

Departamento	Boyaca
Direccion	Sogamoso
E - mail	gilma.alarcon@gmail.com
Cel o Tel	3183349730

Manifiesto bajo juramento que SI☐ NO☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*	*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*

NOMBRE Y APELLIDOS	GILMA ALARCON ALVAREZ			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
46.362.365	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Sogamoso	Boyaca	3183349730	31/8/2025

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR
	VIATICOS Viaticos por el desplazamiento a una cita medica de ALEJANDRA ESTEFANIA VARGAS LOPEZ desde Sogamoso a Tunja el día 14/08/2025 y de Sogamoso a Bogota el día 21/08/2025.	$ 110.000

VALOR EN LETRAS:	CIENTO DIEZ MIL PESOS		
		Subtotal	$ 110.000
		Rte Renta Articulo 383	$ 0
		Rete Fuente	$ 0
		Rete Ica	$ 0
		Descuentos CID	$ 0
		Total a Pagar	$ 110.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	
POR FAVOR	CAJA SOCIAL	AHORROS		24010112658
		ACEPTO:	Gilma Alarcon Alvarez	

Calle. 24D # 40-29 Bogotá D.C. * Celular: 317 6460751
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 122

				Fecha Comprobante
Señores	TRANPORTES LIBERTADORES			
NIT	891,800,045 - 7	**Teléfono**	7423718	2025-08-31
Dirección	TERMINAL DE TRANSPORTES	**Ciudad**	SOGAMOSO - COLOMBIA	

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195450200	COFLONORTE-TIQ 4125 GASTO MEMRGENCIA AGOS SOGAM	891,800,045	257 - 7		20.000,000
5195450200	AUTOBOY-TIQ 1591	860,001,371	257 - 7		26.000,000
5195450200	COFLONORTE-TIQ 9700 GASTO EMERGENCIAAGOS SOGA	891,800,045	257 - 7		90.000,000
5195450200	COFLONORTE-TIQ 9588 GASTO EMERGENCIAAGOS SOGA	891,800,045	257 - 7		90.000,000
5195250300	EDWIN ROMERO-FAC 2362 GASTO EMERGENCIA AGOST SOGA	74,375,887	257 - 7		192.854,000
5195109902	EDWIN ROMERO-FAC 2362 GASTO EMERGENCIA AGOST SOGA	74,375,887	257 - 7	Base: 192,854.00	36.642,000
2335950200	GILMA ALARCON- GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM	46,362,365	257 - 1	Comp:L-300-00000000122,VTO: 1,F.VTO:2025/08/31	-455.496,000

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

COFLONORTE LTDA.

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045
viajero@coflonorte.com
TELEFONO 3229059979
DIRECCION TERMINAL TRANSPORTES
WWW.COFLONORTE.COM.CO

DOCUMENTO EQUIVALENTE - T.P #:
TUNJA-824124,TUNJA-824125

FECHA VENTA:	2025-08-14 09:38:30
FECHA VIAJE:	2025-08-14 09:25:00
ORIGEN :	TUNJA
DESTINO :	SOGAMOSO
CEDULA:	46362365
CELULAR:	3183349730
NOMBRE:	GILMA ALARCON
CANTIDAD:	2
PUESTOS:	(5,6)
FORMA PAGO:	EFECTIVO
VEHICULO:	10220 - LTX520
NIVEL DE SERVICIO:	LUJO
RUTA:	BOGOTA - SOGAMOSO VIA TUNJA
POLIZA RCC:	AB000485
EMPRESA RCC:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
POLIZA RCE:	AB000484
EMPRESA RCE:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
SOAT:	92101103-612788548
EMPRESA SOAT:	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SA NIT-860037013

VALOR TOTAL: **$20.000**

---------- ORIGINAL PASAJERO ----------

AGENCIA:	TUNJA
OPERACIÓN:	838948
TIPO VENTA:	PARA HOY
VALOR TOTAL:	$20.000
ELABORO:	MARURY DEYANITH RODRIGUEZ

HORA IMPRIME:2025-08-14 09:38:33

DOCUMENTO ELECTRÓNICO EQUIVALENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS
Válido 30 minutos después de la hora de salida

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

=Ahora en nuestra linea amiga reserva y compra tus tiquetes, llamanos o escribenos por WhatsApp **3113052235** Flota Sugamuxi Te Ayuda =

Impreso por software propio de COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045

AUTOBOY S. A
860001371-2
BOGOTA
null

TIPO VENTA:PARA HOY
F.VENTA:2025-08-14 06:39:48
F.SALIDA:2025-08-14 06:40:00
OPERACION:301591
C.C PASAJERO:8300825447
NOMBRE:CORPORACION INFANCIA
TEL:3124942375
VEHICULO:1404/TLQ344
ORIGEN:SOGAMOSO
DESTINO:TUNJA

Nro.TIQ	SILLA	VALOR
TATS-1362388	17	13.000
TATS-1362389	18	13.000

TOTAL:$26.000

SUCURSAL:SOGAMOSO
VENDIDO POR:ANA ROCIO AMEZQUITA MARTINEZ

IMPRESO SITRANS SA
www.sitrans.com.co

Gilma Alarcón Alvarez
CC. 46' 362 365 - TUNJA.
Cita. Oftanmología Alejandra Vargas Lopez

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
CL 48A 1 20 ESTE LIRIO REAL II Tel.:7476191 Nit.:800119574-0
EVOLUCION OFTALMO

Paciente:	VARGAS LOPEZ ALEJANDRA ESTEFANIA	Documento:	PT 7006647
Fecha de atención:	14/08/2025 08:37:30 AM	Fecha salida de atención:	14/08/2025 08:42:44 AM
Lugar de atención:	CL 48A 1 20 ESTE LIRIO REAL II SEDE: OPTISALUD BOYACÁ CIUDAD:TUNJA		

Edad:	10 A, 4 M, 11 D	Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	03/04/2015	Estado civil:	Soltera;
Lugar de Residencia:	SOGAMOSO(BOYACA)	Ocupación:	ESTUDIANTE
Dirección:	CALLE 7 N 12 16	Teléfonos:	3183349730
Entidad:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	Contrato:	SUBSIDIADO BOYACA PGP
Régimen:	SUBSIDIADO	Tipo de Usuario:	BENEFICIARIO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento:	46362365
Nombre:	ALARCON ALVAREZ GILMA
Teléfono:	3124942375

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre:	GILMA ALARCON
Teléfono:	3124942375
Parentesco:	MADRE

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo consulta: PACIENTE ASISTE A CONTROL OFTALMOLOGIA GENERAL POR ANTECEDENTE DE SIFILIS ESTA EN CONTROLES POR INFECTOLOGIA HOMI
PACIENTE TRAIDA POR MADRE SUSTITUTA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VICTIMA DE ABUSO SEXUAL EN MULTIPLES OCASIONES HASTA LOS 6 AÑOS DE EDAD

OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES DE EVOLUCION:

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: SIFILIS
QX OFTALMOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
AVCC 20/20 AO

MOVIMIENTOS OCULARES NORMAL
HIRSCHBERG CENTRADO
EXAMEN EXTERNO: PARPADOS BIEN

BIOMICROSCOPIA OJO DERECHO: CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII, VH 3/4, PINRL, NO TYNDALL, CRISTALINO CLARO

BIOMICROSCOPIA OJO IZQUIERDO: CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII, VH 3/4, PINRL, NO TYNDALL, CRISTALINO CLARO

FONDO DE OJO DERECHO: DISCO OPTICO DE BORDES DEFINIDOS, EXC 0,2, , MACULA SANA NO HEMORRAGIAS NI EXUDADOS. RETINA APLICADA

FONDO DE OJO IZQUIERDO: DISCO OPTICO DE BORDES DEFINIDOS, EXC 0,2, , MACULA SANA NO HEMORRAGIAS NI EXUDADOS. RETINA APLICADA

SE EXPLICAN HALLAZGOS AL PACIENTE EL CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

ORDENES DE SERVICIO

Orden No::	1933895
Fecha orden:	Jueves 14 de Agosto de 2025
Origen:	Enfermedad general
Tipo de Servicio:	CONSULTAS
Diagnóstico:	A539 SIFILIS; NO ESPECIFICADA
Especialidad:	
Cant: 1 890376:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
-Prioridad:	VER DISPONIBILIDAD
-Justificación Pri.:	CONTROL DE OFTALMOLOGIA BAJO DILATACION PACIENTE DEBE VENIR 45 MINUTOS ANTES, ACOMPAÑADO, EL ACOMPAÑANTE DEBE ESTAR DESDE EL INICIO Y LLEGADA DEL PACIENTE HASTA EL FINAL DE ESTA Y CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO

CONDUCTA: PACIENTE EN EL MOMENTO NO SE OBSERVAN SIGNOS DE RETINOPATIA POR SIFILIS SE SUGIERE CONTROL DE OFTALMOLOGIA BAJO DILATACION PACIENTE DEBE VENIR 45 MINUTOS ANTES, ACOMPAÑADO, EL ACOMPAÑANTE DEBE ESTAR DESDE EL INICIO Y LLEGADA DEL PACIENTE HASTA EL FINAL DE ESTA Y CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO

EDWIN ALFONSO ROMERO ROMERO

Aki Toys Sogamoso

Edwin Alfonso Romero Romero

NIT: 74375887-4

Resolución ELECTRÓNICA DIAN No: 18764089193165

Vigencia: 20/02/2025 - 20/08/2025

Facturacion Autorizada del No. ATSE1613al No. ATSE10000

RÉGIMEN COMÚN

Act. Economica: 4719 Tarifa ICA:5X1000

CLL 11 9 68 Sogamoso Tel. 3132087979 3132087979 Correo: edwinromererоromero@hotmail.com

Correo de respuesta de aceptación o rechazo de facturas o documentos electrónicos: edwinromererоromero@hotmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA ATSE-2362

CUFE: 6f256f44193594c388b2daaadde4cc458b4a1e58f53786062d22be6662d50703efc3a98e646338aa375d6989a4f31fe2

FECHA: 19/08/2025 10:35: FECHA VENCIMIENTO:

SEÑOR(ES): CORPORACION DE INFANCIA Y DESARROLLO SAS NIT: 830082544-7

DIRECCION: Sogamoso SOGAMOSO OR. COMPRA:

TELEFONO: 3206673797 FORMA DE PAGO: CONTADO EFECTIVO

#	CANTIDAD	DETALLE	TARIFA IVA	VR. DESC	TOTAL DETALLE
1	2	PAQUETE PAÑALES PARA BEBÉ PANTS 6X30 WINNY	19%	39411 0%	78822
2	2	PAQUETE PAÑALES PARA BEBÉ GOLD 6X30 WINNY	19%	43613 0%	87226
3	1	PAQUETE PAÑITOS PARA BEBÉ PAÑITOS ALOE OFX324 WINNY	19%	26806 0%	26806

DE ITEMS 3

PARCIAL PRODUCTOS NO			$ 0
PARCIAL PRODUCTOS GRAVADOS:			$ 192.854
PARCIAL SERVICIOS:			$ 0
DESCUENTO 0% :			$ 0
SUB. TOTAL:			$ 192.854
Retencón IVA	:	0X100	$ 0
Retención ICA Prod.	:	0X100	$ 0
Retención ICA Serv.	:	0X100	$ 0
Retención Fuente Prod.		0X100	$ 0
Retención Fuente Serv.		0X100	$ 0
I.V.A.:			$ 36.642
TOTAL:			$ 229.496

COMPRADOR

EDWIN ALFONSO ROMERO ROMERO

VENDEDOR

La Presente factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a la letra de Cambio Art. 774 del Código de Comercio. Esta Factura causara intereses de mora a la tasa certificada por la Superintendencia Financiara a partir de su vencimiento. (Art. 884 del Código de

sgiSyDes Sistema Desarrollado por SyDes S.A.S. gerencia@sydes.co

David Santiago Perez Riveros.

Edna Alarcon

COFLONORTE LTDA.

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045
viajero@coflonorte.com
TELEFONO 3107649376
DIRECCION TERMINAL TRANSPORTES
WWW.COFLONORTE.COM.CO

DOCUMENTO EQUIVALENTE - T.P # : SOGTE-379699,SOGTE-379700

FECHA VENTA:	2025-08-21 05:02:39
FECHA VIAJE:	2025-08-21 05:00:00
ORIGEN :	SOGAMOSO
DESTINO :	BOGOTA D.C.
CEDULA:	83008254
CELULAR:	1234567891
NOMBRE:	CORPORACION INFANC
CANTIDAD:	2
PUESTOS:	(29,30)
FORMA PAGO:	EFECTIVO
VEHICULO:	**10180 - TLQ000**
NIVEL DE SERVICIO:	LUJO
RUTA:	SOGAMOSO - BOGOTA DIRECTO
POLIZA RCC:	AB000485
EMPRESA RCC:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
POLIZA RCE:	AB000484
EMPRESA RCE:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
SOAT:	90176812-611083086
EMPRESA SOAT:	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SA NIT-860037013

VALOR TOTAL: **$90.000**

---------- ORIGINAL PASAJERO ----------

AGENCIA:	SOGAMOSO
OPERACIÓN:	823940
TIPO VENTA:	PARA HOY
VALOR TOTAL:	$90.000
ELABORO:	DEYSI VIVIANA GONZALES BOHORQUEZ

HORA IMPRIME:2025-08-21 05:02:42

DOCUMENTO ELECTRÓNICO EQUIVALENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS
Válido 30 minutos después de la hora de salida

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

=Ahora en nuestra línea amiga reserva y compra tus tiquetes, llamanos o escribenos por WhatsApp **3113052235** Flota Sugamuxi Te Ayuda =

Impreso por software propio de COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045

COFLONORTE LTDA.

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - NIT: 891800045
viajero@coflonorte.com
TELEFONO 3144420767
DIRECCION TERMINAL TRANSPORTES SALITRE
WWW.COFLONORTE.COM.CO

DOCUMENTO EQUIVALENTE - T.P # : BOGTS-400585,BOGTS-400586

FECHA VENTA:	2025-08-21 15:46:07
FECHA VIAJE:	2025-08-21 16:00:00
ORIGEN :	BOGOTA D.C.
DESTINO :	SOGAMOSO
CEDULA:	46362365
CELULAR:	3183349730
NOMBRE:	GILMA ALARCON
CANTIDAD:	2
PUESTOS:	(19,20)
FORMA PAGO:	EFECTIVO
VEHICULO:	**10293 - TLQ383**
NIVEL DE SERVICIO:	BASICO
RUTA:	BOGOTA-YOPAL VIA SOG DIRECTA
POLIZA RCC:	AB000486
EMPRESA RCC:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
POLIZA RCE:	AB000484
EMPRESA RCE:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
SOAT:	12344700060400
EMPRESA SOAT:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415

VALOR TOTAL: **$90.000**

---------- ORIGINAL PASAJERO ----------

AGENCIA:	BOGOTA TERMINAL DE SALITRE
OPERACIÓN:	823100
TIPO VENTA:	PARA HOY
VALOR TOTAL:	$90.000
ELABORO:	YULIMAR GAMBOA DIAZ

HORA IMPRIME:2025-08-21 15:45:11

DOCUMENTO ELECTRÓNICO EQUIVALENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS
Válido 30 minutos después de la hora de salida

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

=Ahora en nuestra línea amiga reserva y compra tus tiquetes, llamanos o escribenos por WhatsApp **3113052235** Flota Sugamuxi Te Ayuda =

Impreso por software propio de COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045

Gilma Alarcón Alvarez
CC 46 362 365

BOGOTA

Cita:
Alejandra Vargas Lopez.

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

CONTROL CONSULTA EXTERNA

Ingreso: 28019C86D2 **Fecha Historia:** 7/05/2025 4:15:26 p. m.

Número de Folio: 2 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: VARGAS LOPEZ
Nombres: ALEJANDRA ESTEFANIA
Dirección: Calle7#12-16 - SOGAMOSO - CENTRO - SOGAMOSO - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3124942375 - 3124942375
Entidad Responsable: NUEVA EPS S.A.
Seguridad Social: NUEVA EPS S.A.

Tipo Documento: PT **Numero:** 7006647
Edad: 09 Años 07 Meses 04 Dias (3/10/2015)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 3 Mes(es) con la Especialidad de INFECTOLOGIA PEDIATRICA

SERVICIOS DE CONTROL

Código	Servicio
890399	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
A539	SIFILIS, NO ESPECIFICADA		Impresion diagnóstica	☑

Vigencia: (Formula vigente para 30 días)

2 meses

Profesional: JUAN FRANCISCO LOPEZ CUBILLOS

Profesional: JUAN FRANCISCO LOPEZ CUBILLOS
Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA
Tarjeta Prof. # 309304

Resumen de la cita:

Fecha: jueves 21 de agosto 2025

Hora: 12:20

Doctor: Juan Francisco López Cubillos

Tipo de Atención: Presencial

Sede: HOMI

Dirección: Avenida caracas # 1-65

Recuerda que si tu cita es de telemedicina no debes dirigirte a la sede

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Gilma Alarcon Alvarez	**No. Producto**	24010112658
No. Identificación	46362365	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	493
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$565,496.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101OD
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28777

Señores	FERNANDEZ ROBLES MARIA HERMELINDA
NIT	46.359.068-1
Dirección	CARRERA 5 # 4-81 , SUGAMUXI
Teléfono	3142444382
Ciudad	SOGAMOSO - COLOMBIA
Factura Proveedor	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	MARIA FERNANDEZ- GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM		0	.00	80,000.00

Total Bruto	80,000.00
Total a Pagar	**$ 80.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 80.000,00 Cuota 2 P - 003- 28777 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Ochenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :01ef330d9ca33a1e897ac1200617002af468165f3a9d1eb0641006e4ecb8c181babca47278c629a7e88eedabd155dcb3

	REEMBOLSO DE GASTOS	PO-GF-03-07-03 FUBAD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 1500403/2023

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: MARIA HERMELINDA FERNANDEZ BENEFICIARIO: YORMAN ANDRES MOSQUILLON MOZO

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	14/08/2025	860001371	COFLONORTE LTDA	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE SOGAMOSO-BOGOTA	90.000		90.000
2	14/08/2025	860001371	COFLONORTE LTDA	GASTOS DE EMERGENCIA- TIQUETE BOGOTA- SOGAMOSO	90.000		90.000
3	31/08/2025	46359068	MARIA HERMELINDA FERNANDEZ	CUENTA DE COBRO VIATICOS	80.000		80.000
				TOTAL GASTOS	260.000		260.000

Elaborado: _____
Nombre: MARIA HERMELINDA FERNANDEZ
Cargo: MADRE SUSTITUTA
C 46359068

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

MARIA HERMELINDA FERNANDEZ
NIT:
46359068

La Suma de: **$ 80.000 OCHENTA MIL PESOS**

Por concepto de

Viaticos por el desplazamiento a una cita de Neurofisiologia de Yorman Andrei Mogollon desde Sogamoso a Bogota el día 14 de agosto del año 2025

Fecha: 31/8/2025

Banco CAJA SOCIAL
Tipo de Ahorros
No cuenta 23010208068

Atentamente

MARIA HERMELINDA FERNANDEZ
46359068
Departamento Boyaca
Direccion Sogamoso
E - mail maferobles10@gmail.com
Cel o Tel 3142444382

Manifiesto bajo juramento que SI☐ NO☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Powered by CamScanner

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	MARIA HERMELINDA FERNANDEZ			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
46.359.068	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Sogamoso	Boyaca	3142443382	31/8/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	VIATICOS Viaticos por el desplazamiento a una cita de Neurofisiologia de Yorman Andrei Mogollon desde Sogamoso a Bogota el dia 14 de agosto del año 2025			$ 80.000

VALOR EN LETRAS: OCHENTA MIL PESOS	Subtotal	$ 80.000
	Rte Renta Articulo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	$ 0
	Total a Pagar	$ 80.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	23010208068
POR FAVOR	CAJA SOCIAL	AHORROS		
ACEPTO:	cc Hermelinda Fernandez			

Calle. 24D # 40-29 Bogotá D.C. * Celular: 317 6460751
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

Powered by CamScanner

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 123

				Fecha Comprobante
Señores	AUTOBOY			
NIT	860,001,371 - 2	**Teléfono**	4250740	2025-08-31
Dirección	TERMINAL	**Ciudad**	SOGAMOSO - COLOMBIA	

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195450200	AUTOBOY-TIQ 9314 GASTOS EMERG AGOSTO SOGA	860,001,371	257 - 7		90.000,000
5195450200	AUTOBOY-TIQ 0805 GASTOS EMERG AGOSTO SOGA	860,001,371	257 - 7		90.000,000
2335950200	MARIA FERNANDEZ- GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM	46,359,068	257 - 1	Comp:L-300-00000000123,VTO: 1,F.VTO:2025/08/31	-180.000,000

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

COFLONORTE LTDA.

AUTOBOY. - Nit: 860001371-2
viajero@coflonorte.com
TELEFONO 3107649376
DIRECCION TERMINAL TRANSPORTES

DOCUMENTO EQUIVALENTE - T.P # : SOGTE-369313,SOGTE-369314

FECHA VENTA:	2025-08-14 04:59:21
FECHA VIAJE:	2025-08-14 05:00:00
ORIGEN :	SOGAMOSO
DESTINO :	BOGOTA D.C.
CEDULA:	6768696
CELULAR:	3118444404
NOMBRE:	JORGE MONGUI MONGU
CANTIDAD:	2
PUESTOS:	(25,26)
FORMA PAGO:	EFECTIVO
VEHICULO:	**6010 - SSR980**
NIVEL DE SERVICIO:	BASICO
RUTA:	SOGAMOSO - BOGOTA DIRECTO
POLIZA RCC:	AB000481
EMPRESA RCC	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
POLIZA RCE:	AB000482
EMPRESA RCE:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
SOAT:	1234470005570
EMPRESA SOAT:	SEGUROS DEL ESTADO SA NIT-860009578

VALOR TOTAL: **$90.000**

---------- ORIGINAL PASAJERO ----------

AGENCIA:	SOGAMOSO
OPERACIÓN:	823933
TIPO VENTA:	PARA HOY
VALOR TOTAL:	**$90.000**
ELABORO:	YULY MERCEDES SALAMANCA PEREZ

HORA IMPRIME:2025-08-14 04:59:24

DOCUMENTO ELECTRÓNICO EQUIVALENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS
Válido 30 minutos después de la hora de salida

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

=Ahora en nuestra linea amiga reserva y compra tus tiquetes, llamanos o escribenos por WhatsApp **3113052235** Flota Sugamuxi Te Ayuda =

Impreso por software propio de COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045

COFLONORTE LTDA.

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045
viajero@coflonorte.com
TELEFONO 3114621160
DIRECCION TERMINAL NORTE
WWW.COFLONORTE.COM.CO

DOCUMENTO EQUIVALENTE - T.P # : BOGTN-630804,BOGTN-630805

FECHA VENTA:	2025-08-14 11:45:59
FECHA VIAJE:	2025-08-14 11:30:00
ORIGEN :	BOGOTA D.C.
DESTINO :	SOGAMOSO
CEDULA:	6768696
CELULAR:	3118444404
NOMBRE:	JORGE MONGUI MONGU
CANTIDAD:	2
PUESTOS:	(29,30)
FORMA PAGO:	EFECTIVO
VEHICULO:	**10074 - SSR634**
NIVEL DE SERVICIO:	LUJO
RUTA:	BOGOTA - SOGAMOSO DIRECTO
POLIZA RCC:	AB000485
EMPRESA RCC:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
POLIZA RCE:	AB000484
EMPRESA RCE:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT-860028415
SOAT:	4308006854267000
EMPRESA SOAT:	LA PREVISORA S.A. COMPAIA DE SEGUROS NIT-860002400

VALOR TOTAL: **$90.000**

---------- ORIGINAL PASAJERO ----------

AGENCIA:	BOGOTA TERMINAL NORTE
OPERACIÓN:	822504
TIPO VENTA:	PARA HOY
VALOR TOTAL:	$90.000
ELABORO:	YOHAN ALEXIS LOPEZ QUINTERO

HORA IMPRIME:2025-08-14 11:46:02

DOCUMENTO ELECTRÓNICO EQUIVALENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS
Válido 30 minutos después de la hora de salida

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

=Ahora en nuestra linea amiga reserva y compra tus tiquetes, llamanos o escribenos por WhatsApp **3113052236** Flota Sugamuxi Te Ayuda =

Impreso por software propio de COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA NORTE LTDA. - Nit: 891800045

VEP Stim History

Trace Name	Side	Type	Field	Size	Target	Avg Cnt	Rej. %	Rep Rate	Gain (µV/Div)	Hicut (Hz)	Locut (Hz)	Sweep (ms/Div)
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Checks	Full	16	On	100	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Checks	Full	16	On	55	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Checks	Full	16	On	100	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Checks	Full	16	On	64	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Checks	Full	16	On	64	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Checks	Full	16	On	100	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Checks	Full	16	On	173	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Checks	Full	16	On	100	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Checks	Full	16	On	100	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Flash	Full	16	On	7	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Flash	Full	16	On	8	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Flash	Full	16	On	3	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : L	L	Flash	Full	16	On	8	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Flash	Full	16	On	4	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Flash	Full	16	On	7	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Flash	Full	16	On	9	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Flash	Full	16	On	8	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Flash	Full	16	On	3	Off	2.11	2	200	1	25
Ch1 : Oz-Cz : R	R	Flash	Full	16	On	10	Off	2.11	2	200	1	25

DATOS CLINICOS:

BAJA VISION AO , MAYOR OI, NECESARIO APERTURA OCULAR OI

HALLAZGOS

Se realizaron potenciales evocados visuales mediante estimulación por damero y flash monoculares, encontrándose a derecha respuestas de morfología, latencias normales de baja amplitud. A izquierda leve a moderada prolongación de latencias , respuestas que mejoran al estimulo por flash.

CONCLUSIONES

Potenciales Evocados Visuales anormales a izquierda en relación a leve a moderado compromiso de transmisión retino-cortical que parece comprometer en mayor grado fibras maculares.
Estudio en rangos normales a derecha.

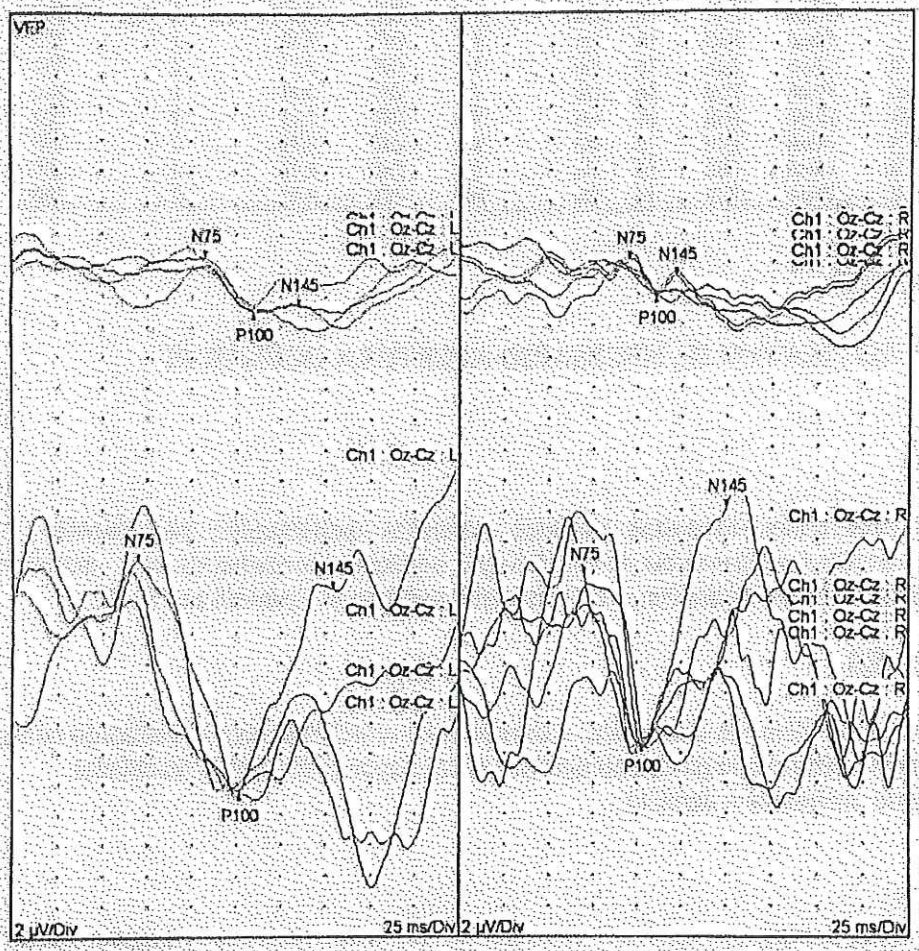
DR. ERNESTO OJEDA M.
MÉDICO NEURÓLOGO
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
REGISTRO: 19273066

CLINICA DE OJOS
LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGIA

Autopista Norte No 85 -54 - Tel: 6237373
Bogotá – Colombia

Test Date: 8/14/2025

Paciente:	YORMAN ANDREI MOGOLLON MOZO	**Edad:**	12Años	**Médico:**	DR ERNESTO OJEDA
Sexo:	Male	**Estatura:**		**Referido:**	OPTISALUD
Identificación:	1051590088	**Peso:**		**Técnico:**	



VEP

Trace	N75 (ms)	P100 (ms)	N145 (ms)	N75-P100 (µV)
Norm		<117		
Ch1 : Oz-Cz : R	94.9	110.2	121.1	2.36
Ch1 : Oz-Cz : L	107.4	134.4	159.8	3.54
Ch1 : Oz-Cz : L	69.9	126.6	179.3	15.36
Ch1 : Oz-Cz : R	69.9	103.1	150.0	11.24

OcciRed

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO

Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544

Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Maria Hermelinda Fernandez Rob	**No. Producto**	23010208068
No. Identificación	46359068	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	496
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$260,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101OG
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28778

Señores	HERRERA CRUZ HELENA PATRICIA		
NIT	46.383.074-5		
Dirección	CALLE 2 # 19 - 54, UNIVERSITARIO		
Teléfono	3124760464		
Ciudad	SOGAMOSO - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	HELENA HERRERA- GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM		0	.00	420,000.00

Total Bruto	420,000.00
Total a Pagar	**$ 420.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 420.000,00 Cuota 2 P - 003- 28778 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Cuatrocientos Veinte Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :0073062dbc2a4aa4a8f72169445c6e61191970cde2bb26941b71e582302a29045898c533b594ffc96e83ffa800d0cf25

Powered by CamScanner

	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ BENEFICIARIO: FRANCY PAOLA GUTIERREZ PEREZ

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	19/08/2025	23778561	LILIA LOPEZ SUAREZ	GASTOS DE EMERGENCIA- PAÑALES PAÑELES CONTENC M X 21 Y MX9 WINNY SEC ETAPA 4 X 100 UNIDADES WINNY SEC ETAPA 4 X 50 UNIDADES	259.600		259.600
2	31/08/2025	46383075	HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ	CUENTA DE COBRO VIATICOS	420.000		420.000
				TOTAL GASTOS	679.600		679.600

Elaborado : Patricia Herrera
Nombre: HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ
NIT:
46383074

La Suma de: **$ 420.000** **CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS**

Por concepto de

Viaticos por el desplazamiento de control medico de FRANCY PAOLA GUTIERREZ PEREZ desde Sogamoso a Bogota por los días 06, 07, 08, 09, 10, 11 y 26 de agosto del año 2025

Fecha: 31/8/2025

Banco CAJA SOCIAL
Tipo de Ahorros
No cuenta 24100205617

Atentamente

Patricia Herrera

HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ
46383074
Departamento Boyaca
Direccion Sogamoso
E - mail maisaguz74@hotmail.com
Cel o Tel 3124760464

Manifiesto bajo juramento que SI☐ NO☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	**HELENA PATRICIA HERRERA CRUZ**			**DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.**
46.383.074	**DIRECCION**	**CIUDAD O DPTO**	**CEL O TEL**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
	Sogamoso	**Boyaca**	**3124760464**	**31/8/2025**
CANTIDAD	**CONCEPTO**			**VALOR**
	VIATICOS Viaticos por el desplazamiento de control medico de FRANCY PAOLA GUTIERREZ PEREZ desde Sogamoso a Bogota por los días 06, 07, 08, 09, 10, 11 y 26 de agosto del año 2025			**$ 420.000**

VALOR EN LETRAS: CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS	Subtotal	$ 420.000
	Rte Renta Articulo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	$ 0
	Total a Pagar	**$ 420.000**

	NOMBRE Bco.	**TIPO CUENTA**	**CUENTA No.**	**24100205617**
POR FAVOR	**CAJA SOCIAL**	**AHORROS**		
		ACEPTO:	Patricia Herrera	

Calle. 24D # 40-29 Bogotá D.C. * Celular: 317 6460751
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

Powered by CamScanner

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 124

Señores	LOPEZ SUAREZ LILIA		
NIT	23,778,561 - 3	**Teléfono**	3114827112
Dirección	CALLE 11 9 95	**Ciudad**	SOGAMOSO - COLOMBIA

Fecha Comprobante

2025-08-31

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195250300	LILIA LOPEZ-FAC 785 GASTOS EMERG AGOST SOGAM	23,778,561	257 - 7		218.151,000
5195109902	LILIA LOPEZ-FAC 785 GASTOS EMERG AGOST SOGAM	23,778,561	257 - 7	Base: 218,151.00	41.449,000
2335950200	HELENA HERRERA- GASTO EMERGENCIA AGOS SOGAM	46,383,074	257 - 1	Comp:L-300-00000000124,VTO: 1,F.VTO:2025/08/31	-259.600,000

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

LILIA LOPEZ SUAREZ

No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta FEL - 785

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764090173136 de 08/03/2025 - 08/09/2025 autoriza FEL-630 a FEL-2000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	19/08/2025 11:40
Fecha de Vencimiento	19/08/2025 11:40
Fecha de Validación	19/08/2025 11:40
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Efectivo
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	LILIA LOPEZ SUAREZ
NIT	23778561
Obligación	IVA
Email	lilialopezsuarez@gmail.com
Teléfono	3114827112
Dirección Fiscal	CL 11 9 95, SOGAMOSO, (BOYACA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	Corporación Infancia y Desarrollo
NIT	830082544
Obligación	IVA
Email	coordinadorgeneralhs1@cid.org.co
Teléfono	
Dirección	
Ciudad, Depart.	

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	P0011	PAÑAL CONTEC M X21	1	EA	$41,933.00	IVA 19%	$41,933.00	$49,900.00
2	P0007	PAÑAL CONTEC MX 9	1	EA	$21,765.00	IVA 19%	$21,765.00	$25,900.00
3	W0024	WINNY SEC ET 4 X100	1	EA	$102,437.00	IVA 19%	$102,437.00	$121,900.00
4	W0026	WINNY SEC ET 4 X50	1	EA	$52,017.00	IVA 19%	$52,017.00	$61,900.00

4

Subtotal	$218,151.00
IVA 19%	$41,449.00
Total a Pagar	$259,600.00

COMPRA REALIZADA PARA PAOLA GUTIERREZ

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 422400 **Fecha historia:** 11/08/2025 6:57:00 a. m. **# Autorización:**
Fecha ingreso: 6/08/2025 6:25:34 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general
Servicio ingreso: SALAS DE CIRUGIA **Servicio egreso:** No aplica
Identificación: 1070995036 **Nombres:** FRANCY PAOLA **Apellidos:** GUTIRREZ PEREZ
Número de folio: 51 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CUARTO NORTE EDIFICIO PRINCIPAL

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUTIRREZ PEREZ
Nombres: FRANCY PAOLA
Dirección: BOGOTA - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3124760464 - 3124760464
Entidad responsable: NUEVA EPS S.A.
Seguridad social: NUEVA EPS S.A.
Estado civil: SOLTERA
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: RC **Numero:** 1070995036
Edad: 03 Años 00 Meses 28 Dias (14/07/2022)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Grupo: A **RH:** Positivo
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Tipo afiliado: NO APLICA
Grupo étnico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE-10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
Q652	LUXACION CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA		Confirmado repetido	☑
G808	OTROS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL		Confirmado repetido	☐

OBJETIVO - ANALISIS

NOTA DE EVOLUCION ORTOPEDIA

DR RAMIREZ DR VERGARA.
RESIDENTE: DIAZ.

PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE
1. PARALISIS CEREBRAL TIPO CUADRIPARESIA ESPASTICA , LUXACION DE CADERA IZQUIERDA , SUBLUXACION DE CADERA DERECHA
1.1. POP 06 08 2025 CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTPLE CON OSTEOTOMIA PELVIA TIPO DEGA + APLICACION DE INJERTO DE CUÑA TRICORTICAL + OSTEOTOMIA FEMORAL VARIZANTE CON DIAFISECTOMIA + TENOTOMIA DE LOS ADUCTORES DE CADERA IZQUIERDA+ APLICACION DE ESPICA DE YESO.

S/PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE SUSTITUTA, REFIERE DOLOR CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES NORMALES, MEJORIA DE LA INFLAMACION DEL LABIO MAYOR IZQUIERDO

O/EXAMEN FISICO:
PACIENTE ALERTA
ESPICA NORMOPOSICIONADA SIN ZONAS DE PRESION, HERIDAS QUIRURGICAS LIMPIAS, SIN SECRECION, DISMINUCION DEL EDEMA DEL LABIO MAYOR IZQUIERDO, POR ENCIMA DEL PLIEGUE GLUTEO
LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR A 2 SEG.

IMAGENES:
RX POP CON ADECUADA RESULTADO POSQUIRURGICO OSTEOTOMIA PELVICA Y FEMORAL CON ADECUADO RESULTADO

PARACLINICOS:
07/08 HB: 10.5 LEUCOS: 7.230, NEUT: 65.8%, PLQ: 277.000

ANALISIS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS, EN EL MOMENTO CON ADECUADA MODULACION DE DOLOR, YA SE REALIZÓ EL DESTETE DEL OPIOIDE, EN PLAN DE SUSPENDER INFUSION DE LIDOCAINA EN LA MAÑANA, PACIENTE HA PREENTADO EVOLUCION FAVORABLE HACIA LA MEJORIA, SE CONSIDERA PUEDE CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO CON ANALGESIA, CONTROL EN 2 SEMANAS CON RADIOGRAFIA, SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTEDER Y ACEPTAR.

PLAN:
SALIDA
CONTROL EN 2 SEMANAS CON ORTOPEDIA
RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA CONTROL EN 2 SEMANAS
ACETAMINOFEN JARABE 150MG/5ML -- DAR 4.2 CC VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 10 DÍAS.

Profesional: CAMILO SEBASTIAN RAMIREZ YEPEZ **Identificación:** 1070995036
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA **Nombre:** FRANCY PAOLA
Tarjeta Prof. # 1030594330 **Apellido:** GUTIRREZ PEREZ

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Ingreso: 422400 **Fecha Historia:** 11/08/2025 6:57:00 a. m.
Número de Folio: 51 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CUARTO NORTE EDIFICIO PRINCIPAL

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUTIRREZ PEREZ
Nombres: FRANCY PAOLA
Dirección: BOGOTA - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3124760464 - 3124760464
Entidad Responsable: NUEVA EPS S.A.
Seguridad Social: NUEVA EPS S.A.

Tipo Documento: RC **Numero:** 1070995036
Edad: 03 Años 00 Meses 28 Dias (14/07/2022)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

UTILIZAR EL PÑALA DENTRO DE LA ESPICA PROCURAR NO DEJAR CAER RESIDUOS DE ORINA Y POP DENTRO DE LA ESPICA, MANTENER LA HERIDA EN LA INGUE CUBIERTA NO MOJARL A

ASISTIR A CITA DE CONTROL CON RADIOGRAFIA

SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, DOLOR QUE NO MEJORE CON LA MEDICACIÓN, VOMITA TODO LO QUE COME O NO COME NADA, LA HERIDA SE PONE ROJA CALIENTE O SALE PUS, NO PUEDE HACER CHICHI O POP, CAMBIO DE COLORACION DE LOS DEDOS A MORADO O AZUL, NOTA AREAS DE PRESION POR LA ESPICA EN LA PIEL DE LA PIERNA O MUSLO.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
Q652	LUXACION CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA		Confirmado repetido	☑
G808	OTROS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL		Confirmado repetido	☐

Profesional: CAMILO SEBASTIAN RAMIREZ YEPEZ

Profesional: CAMILO SEBASTIAN RAMIREZ YEPEZ
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA
Tarjeta Prof. # 1030594330

Impreso el 11/08/2025 a las 06:57:20 Por el Usuario 3675 - CAMILO SEBASTIAN RAMIREZ YEPEZ
Indigo Vie EHR - Powered By Vie HealtTech - to FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA Nit: 899999123-7

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: A295C4604A **Fecha historia:** 26/08/2025 7:42:04 a. m. **# Autorización:** 279120121
Fecha ingreso: 26/08/2025 6:47:19 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1070995036 **Nombres:** FRANCY PAOLA **Apellidos:** GUTIRREZ PEREZ
Número de folio: 54 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUTIRREZ PEREZ
Nombres: FRANCY PAOLA
Dirección: BOGOTA - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3124760464 - 3124760464
Entidad responsable: NUEVA EPS S.A.
Seguridad social: NUEVA EPS S.A.
Estado civil: SOLTERA
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: RC **Numero:** 1070995036
Edad: 03 Años 01 Meses 12 Dias (14/07/2022)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Grupo: A **RH:** Positivo
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Tipo afiliado: NO APLICA
Grupo étnico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE-10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
R620	RETARDO DEL DESARROLLO		Impresion diagnóstica	☑
Q02X	MICROCEFALIA		Confirmado nuevo	☐
Z918	HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		Confirmado repetido	☐

OBJETIVO - ANALISIS

CONTROL NEUROPEDIATRIA

ACOMPAÑANTE: PATRICIA HERRERA (MADRE SUSTITUA)
PROCEDENTE: AQUITANIA BOYACA.

ACUDIENTE: PATRICIA HERRERA (MADRE SUSTITUTA - PROTECCION ICBF).
DAD 2 A 6 MESES. FN: 14/07/2022.
PROCEDNETE: SOGAMOSO/BOYACA. NATURAL AQUITANIA/BOYACA.

PREVIAMENTE ACUDIO CON: YERLI PEREZ - MADRE / WILSON GUTIERREZ PADRES.
MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL

DIAGNOSTICA
1. ALTO RIESGO NEUROLÓGICO
1.1 GEMERLA PRETERMINO DE 33 SEMANAS, BAJO PESO AL NACER
1.2 GEMELA OBITADA
1.3 MICROCEFALIA
2. RIESGO SOCIAL: MADRE DISCAPACIDAD COGNITVIA, NEGLIGENCIA.
3. RETRASO DEL NEURODESARROLLO
4. EVENTOS PAROXISTICOS NO EPILEPTICOS?
5. DEFICIT VISUAL

SUBJETIVO/
AHORA ESTA CON FERULA POR LUXACION DE CADERA.
POSTERIOR A PROCEDIMEINTO QUIRURGICO DE LA CADERA.
ESTA RECIBEINDO TERAPIAS DOMICILIARIAS, INIDICADAS POR FIISATRIA, RENOVADAS EL GASTROENTEROLOGO. LA MADRE SUSTITUTA HA NOTADO BUENIS AVANCES, ANTES DE LA CX YA LOGRÓ SEDENTE, EL TONO HA MEJORADO CONSIDERABLEMENTE, YA ES MAS FACIL MANIPUALRALA, DICE MA-MA Y MUCHOS SONDIOS INCOMPRENSIBLES.
POR LO DEMAS HA ESTADO BIEN
YA EN SEGUIMIENTO POR GENETICA QUEIN SOLICITO ARRAY, NO HAN VUELTO A CONTROL.
SEGUMIENTO MULTIDISICPLINARIOS CON ORTOPEDIA, FOTALMO Y GASTRO.
CINEDEGLUCIO: TRASTORNO DEGLUTORIO QUE AFECTA FASE PREPARATORIA ORAL DE LA DELGUCION CON RIESGO DE ASPIRACION DE LIQUIDO.
22/04/2025 PEV: ANORMAL
18/07/2025 PEA: NORMAL Y PEA ESTADO ESTABLE: NORMAL

ESTUDIOS.

Profesional: MATEO HUMBERTO RAMIREZ SALAZAR **Identificación:** 1070995036
Especialidad: NEUROLOGIA PEDIATRICA **Nombre:** FRANCY PAOLA
Tarjeta Prof. # 1018474133 **Apellido:** GUTIRREZ PEREZ

Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Helena Patricia Herrera Cruz	**No. Producto**	24100205617
No. Identificación	46383074	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	494
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$679,600.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101OE
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28779

Señores	VARGAS SALINAS DANIEL SANTIAGO
NIT	1.049.627.532-8
Dirección	CALLE 15 13A 81
Teléfono	3112207617
Ciudad	TUNJA - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	DANIEL VARGAS- TRANSP BENEFICIARIOS GASTO EMERGEN		0	.00	2,320,000.00

Total Bruto	2,320,000.00
Total a Pagar	**$ 2.320.000,00**

CONDICION DE PAGO

Transporte Pasajeros	81.200,00	
Cuenta Por Pagar	2.238.800,00	Cuota 3 P - 003- 28779 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Trescientos Veinte Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :ad0fbd0e65b35f6fd8ef9f217648db64d5e149341d1404ab2003e4b869fb9fba753f6468bfcc06821e665006006c0419

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

CONTRATO DE APORTE No. 15004032025 - HOGARES SUSTITUTOS

D E B E A:

DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS
NIT:
1.049.627.532

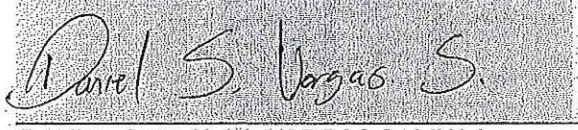
La Suma de: $ 2.320.000 DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS

Por concepto de

Servicio de transporte ida y regreso desde sogamoso a Bogota con la madre sustituta Helena Patrcia Herrera y para la beneficiaria Francy Paola Gutierrez los dias 05-07-11-26 de agosto de 2025.

Fecha:	31/8/2025
Banco	Bancolombia
Tipo de cuenta	Ahorros
No cuenta	25863269884

Atentamente



DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS
1049627532

Ciudad / Municipio	Tunja
Direccion	Cll 15# 13A 81
E - mail	danielsantiago10@hotmail.com
Cel o Tel	3112207617

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *CONTRATO DE APORTE No. 15004032025 - HOGARES SUSTITUTOS*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
1.049.627.532	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Cll 15# 13A 81	Tunja	3112207617	31/8/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	Servicio de Movilizaciones Terrestres Servicio de transporte ida y regreso desde sogamoso a Bogota con la madre sustituta Helena Patrcia Herrera y para la beneficiarla Francy Paola Gutierrez los dias 05-07-11-26 de agosto de 2025.			$ 2.320.000

DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS	Subtotal	$ 2.320.000
	Rete Fuente	$ 81.200
	Rete Ica	$ 0
	Total a Pagar	$ 2.238.800

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	
POR FAVOR CONSIGNAR	Bancolombia	AHORROS		25863269884

ACEPTO: Daniel S. Vargas S.

Corporación Infancia y Desarrollo

PLANILLA DE TRANSPORTE OCASIONAL CID

FECHA	HORA		CIUDAD		NOMBRE		VALOR COBRADO	FIRMA
	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	SALIDA	DESTINO	PADRE/MADRE SUSTITUTA	BENEFICIARIO/A		
05-08-2028	12:08 AM	04:08 PM	Sogamoso	Bogota (Hom)	Patricia Herrera	Paola Gutierrez	$580.000	
07-8-2028	02:05 PM	8:00 PM	Sogamoso	Bogota (Hom)	Patricia Herrera	Paola Gutierrez	$580.000	
16-08-2026	1:05 AM	09:08 PM	Sogamoso	Bogota (Hom)	Patricia Herrera	Paola Gutierrez	$580.000	
26-08-2026	1:05 AM	02:30 PM	Sogamoso	Bogota (Hom)	Patricia Herrera	Paola Gutierrez	$580.000	

Powered by CamScanner

Certificación Bancaria

Jueves, 03 de abril de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS identificado(a) con CC 1049627532, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	25863269884	2016-07-29	ACTIVO	***

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345 Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.049.627.532

VARGAS SALINAS

APELLIDOS

DANIEL SANTIAGO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1991

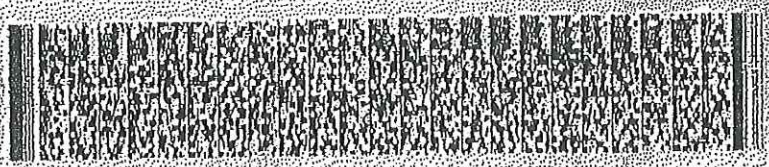
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-NOV-2009 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



I< 0700100 >>221070<M<1049627532<20100309 0021474525A 1 2751378<

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10033093172

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
LQM385	RAM	700	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.368	GRIS SILVERSTONE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg
CAMIONETA	DOBLE CABINA CON	GASOLINA	390 - 5

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
[illegible]	N	9BD281F66RYY55513

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS
[illegible]	N	9BD281F66RYY55513

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
VARGAS SALINAS DANIEL SANTIAGO	C.C. 1049627532

Scan CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1049627532

NOMBRE

DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS

FECHA DE NACIMIENTO

20-11-1991

GRUPO SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICIÓN

06-08-2015

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES



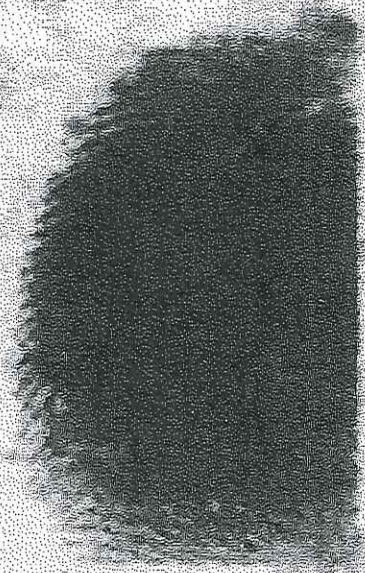
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA DE TTO, TTE TUNJA

Scanned with CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	TIPO DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	[illegible]	28-06-2026	PARTICULAR
C1	[illegible]	05-06-2018	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0200280130A7

Scanned with CamScanner

OcciRed

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Daniel Santiago Vargas Salinas	**No. Producto**	25863269884
No. Identificación	1049627532	**Entidad Financiera**	BANCOLOMBIA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	500
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$2,238,800.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101OK
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CONTRATO DE APORTE No. 15004032025
MODALIDAD HOGARES SUSTITUTOS

INFORME FINANCIERO
MES AGOSTO 2025

2. GASTOS DOTACION, EMERGENCIA Y ADICIONES
2204. Gastos de Emergencia

No.	MUNICIPIO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS MADRE SUSTITUTA	CONCEPTO	GASTOS DE EMERGENCIA	RETE FUENTE	TOTAL A PAGAR	DOC SOPORTE
1	CHIQUINQUIR	1053337864	JESSICA FERNANDA RUIZ MATEUS	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 40.000	$ -	$ 40.000	28584
2	CHIQUINQUIR	23496691	SONIA INES TOBAR VILLAMIL	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 60.000	$ -	$ 60.000	28585
3	CHIQUINQUIR	28438078	ALBA STELLA CORTES PENA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 20.000	$ -	$ 20.000	28586
4	CHIQUINQUIR	1053333344	VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 30.000	$ -	$ 30.000	28587
5	CHIQUINQUIR	1053333344	VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 100.000	$ -	$ 100.000	L-300-108
6	CHIQUINQUIR	1000136427	KATERINE RODRIGUEZ MORALES	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 40.000	$ -	$ 40.000	28588
7	CHIQUINQUIR	1000136427	KATERINE RODRIGUEZ MORALES	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 38.000	$ -	$ 38.000	L-300-109
8	CHIQUINQUIR	23497528	EDISMELDA PEÑA PEÑA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 60.000	$ -	$ 60.000	28589
9	CHIQUINQUIR	36284795	GRISELA SIERRA VIRQUEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 160.000	$ -	$ 160.000	28590
10	CHIQUINQUIR	36284795	GRISELA SIERRA VIRQUEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 188.000	$ -	$ 188.000	L-300-110
11	CHIQUINQUIR	33701118	BLANCA CECILIA GUERRERO RODRIGU	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 20.000	$ -	$ 20.000	28591
12	CHIQUINQUIR	46679462	DORIS JUANITA CASTELLANOS PINILLA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 40.000	$ -	$ 40.000	28592
13	CHIQUINQUIR	46679462	DORIS JUANITA CASTELLANOS PINILLA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 76.000	$ -	$ 76.000	L-300-111
14	CHIQUINQUIR	52072247	LILIA MARLENY SALINAS PAEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 60.000	$ -	$ 60.000	28593
15	CHIQUINQUIR	52072247	LILIA MARLENY SALINAS PAEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 76.000	$ -	$ 76.000	L-300-112
16	CHIQUINQUIRA	7318779	HERNAN ANDRES LEITON	SERV TRANSP AGOSTO	$ 2.200.000	$ 77.000	$ 2.123.000	28623
17	SABOYA	46680262	SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 150.000	$ -	$ 150.000	28625
18	SABOYA	46680262	SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 188.000	$ -	$ 188.000	L-300-113
19	SABOYA	52045288	NINFA DEICY PAEZ VALERIANO	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 80.000	$ -	$ 80.000	28626
20	SABOYA	52045288	NINFA DEICY PAEZ VALERIANO	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 114.000	$ -	$ 114.000	L-300-114
21	SABOYA	23882362	MARY LUZ GONZALEZ LOPEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 100.000	$ -	$ 100.000	28627
22	SABOYA	23882362	MARY LUZ GONZALEZ LOPEZ	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 152.000	$ -	$ 152.000	L-300-115
23	SABOYA	23491338	MARIA IDOLINDA PAEZ AVILA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 50.000	$ -	$ 50.000	28628
24	SABOYA	23491338	MARIA IDOLINDA PAEZ AVILA	GASTO EMERGENCIA AGOSTO	$ 76.000	$ -	$ 76.000	L-300-116
				TOTALES	$ 4.118.000	$ 77.000	$ 4.041.000	

Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28584

Señores	RUIZ MATEUS JESSICA FERNANDA
NIT	1.053.337.864-8
Dirección	CALLE 8B # 9A 66 SUR. VALLE REAL
Teléfono	3128378201
Ciudad	SABOYA - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	JESSICA RUIZ- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ		0	.00	40,000.00

Total Bruto	40,000.00
Total a Pagar	**$ 40.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 40.000,00 Cuota 2 P - 003- 28584 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Cuarenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :638efa653c37eb381fae828abea42578dbddd8cadbfbda17cf2b7b08fe33c6770fdb76d2c83b5c75a6a2b8def5b754ec

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA - JESSICA FERNANDA RUIZ MATEUS

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	27/08/2025	1053337864	JESSICA FERNANDA RUIZ MATEUS	CUENTA DE COBRO VIATICOS	40.000		40.000
2							0
3							0
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23				TOTAL GASTOS	40.000		40.000

Elaborado : Jessica Ruiz
Nombre: JESSICA FERNANDA RUIZ MATEUS
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

JESSICA FERNANDA RUIZ MATEUS
NIT:
1053337864

La Suma de: **$ 40.000** **CUARENTA MIL PESOS**

Por concepto de

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario MONICA LICETH REALPE VARGAS el dia 27/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.

Fecha: 31/8/2025

Banco BANCOLOMBIA
Tipo de AHORROS
No cuenta 35252954358

Atentamente

JESSICA FERNANDA RUIZ MATEUS
1053337864
Departamento Boyacá
Direccion CALLE 8B # 9A 66 SUR. VALLE REAL
E - mail ruizmateusjessica@gmail.com
Cel o Tel 3128378201

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	JESSICA FERNANDA RUIZ MATEUS			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
1.053.337.864	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	CALLE 8B # 9A 66 SUR. VALLE REAL	Boyacá	3128378201	31/8/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	VIATICOS Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario MONICA LICETH REALPE VARGAS el dia 27/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.			$ 40.000

VALOR EN LETRAS: CUARENTA MIL PESOS	Subtotal	$ 40.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 40.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	
POR FAVOR	BANCOLOMBIA	AHORROS	35252954358	
		ACEPTO:	Jessica Ruiz	

ASORSALUD
CLINICA

Paciente: Realpe Vargas, Monica Lizeth
Documento: 1050091091
Edad: 19 Sexo: F
Domicilio: Centro 000,Chiquinquirá

Beneficiario:0

Seguro: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S – EN INTERVEN
Profesional: Naranjo Quevedo, Andres

Información Adicional de la Historia Clínica

FÓRMULA MEDICA

FECHA: 1 DE AGOSTO DE 2025

1. ORTESIS TIPO DAFO EN MATERIAL TERMOFORMABLE, CON ANGULO DE TOBILLO RIGIDO A 90°, ACOLCHADA, CON SUJECIÓN POR VELCROS, A MOLDE DE LA PACIENTE, PARA USO EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES. CANTIDAD # 2 (DOS). VERIFICAR PUNTOS DE PRESIÓN, AJUSTE CON VENTANA O ACOLCHADO SEGUN PERMITA SIN AFECTAR ESTRUCTURA O FUNCINOALIDAD DE LA ORTESIS.

DR. ANDRES NARANJO

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Powered by CamScanner

CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA S.A.S

NIT: 820001277-2

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 7D0642B9D0 **Fecha historia:** 13/08/2025 5:18:47 p. m. **# Autorización:** ANESTESIA
Fecha ingreso: 13/08/2025 4:23:21 p. m. **Causa de atención:** Enfermedad general
Servicio ingreso: CONSULTA ESPECIALIZADA CCB **Servicio egreso:** CONSULTA ESPECIALIZADA CCB
Identificación: 1050091091 **Nombres:** MONICA LIZETH **Apellidos:** REALPE VARGAS
Número de folio: 7 **Ubicación:** CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA - CONSULTA ESPECIALIZADA CCB

IDENTIFICACION

Apellidos: REALPE VARGAS
Nombres: MONICA LIZETH
Dirección: CALLE 3 # 10 79 TURINEMA - CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3124429141 - 3128376201
Entidad responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S
Seguridad social: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S
Estado civil: SOLTERA
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Tipo documento: CC **Número:** 1050091091
Edad: 19 Años 11 Meses 02 Dias (11/09/2005)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Grupo: O **RH:** Positivo
Tipo paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo afiliado: BENEFICIARIO
Grupo étnico:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE-10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
C508	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA MAMA		Impresion diagnóstica	☑

OBJETIVO - ANALISIS

ANESTESIA:
PACIENTE DE 19 AÑOS, EN VAL PRE ANESTESICA PARA: RESEC DE CUADRANTE DE MAMA MAS COLGAJO

AX:
PATOLOGICOS: CA SISTEMA NERVISOS , EPENDIMOMA A LOS 5 AÑOS TRATADA QX.
QX: RESECCIOIN DE MASA.
ANESTESICOS: OK
ALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: TOLTERODINA, BACLOFENO

TA110-70: FC: 70
AUSCULTACION CP: OK
VIA AEREA: OK
DENTADURA: NATURAL

LABS:
T DE COAG NORMALES
HB: 15 HCTO: 46 PLAQ: 282.000
GLUCOSA: 100

PLAN:
ASA 2
SE EXPLICAN RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES RELACIONADAS CON ANESTESIA Y SUS PATOLOGIAS DE BASE-
AYUNO PRE QX DE 8 HORAS.
EN CASO DE GRIPA SE POSTPONE CIRUGIA.
NO SUSPENDER MEDICACAION HABITUAL EXCEPTO LO INDICADO EN CONSULTA.

PROGRAMAR

DESTINO

SALIDA

Profesional: SANDRA LUCERO NIÑO BECERRA
Especialidad: ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Prof. # 004326
Identificación: 1050091091
Nombre: MONICA LIZETH
Apellido: REALPE VARGAS

Ingreso: 7D0642B9D0 Fecha historia: 13/08/2025 5:18:47 p. m. # Autorización: ANESTESIA
Fecha ingreso: 13/08/2025 4:23:21 p. m. Causa de atención: Enfermedad general
Servicio ingreso: CONSULTA ESPECIALIZADA CCB Servicio egreso: CONSULTA ESPECIALIZADA CCB
Identificación: 1050091091 Nombres: MONICA LIZETH Apellidos: REALPE VARGAS
Número de folio: 7 Ubicación: CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA - CONSULTA ESPECIALIZADA CCB

Profesional: SANDRA LUCERO NIÑO BECERRA
Especialidad: ANESTESIOLOGIA
Tipo de Identificación: CC - Cedula de Ciudadania
Identificación: 46670504
Tarjeta Profesional # 004326

Profesional: SANDRA LUCERO NIÑO BECERRA
Especialidad: ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Prof. # 004326
Identificación: 1050091091
Nombre: MONICA LIZETH
Apellido: REALPE VARGAS

Impreso el 13/08/2025 a las 17:40:35 Por el Usuario 39326 - PAULA FORERO
Indigo Vie EHR - Powered By Vie HealtTech - to CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA S.A.S Nit: 820001277-2

Powered by CamScanner

CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA S.A.S

NIT: 820001277-2

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 7D0642B9D0 Fecha historia: 13/08/2025 5:18:47 p. m. # Autorización: ANESTESIA
Fecha ingreso: 13/08/2025 4:23:21 p. m. Causa de atención: Enfermedad general
Servicio ingreso: CONSULTA ESPECIALIZADA CCB Servicio egreso: CONSULTA ESPECIALIZADA CCB
Identificación: 1050091091 Nombres: MONICA LIZETH Apellidos: REALPE VARGAS
Número de folio: 7 Ubicación: CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA - CONSULTA ESPECIALIZADA CCB

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: REALPE VARGAS
Nombres: MONICA LIZETH
Dirección: CALLE 3 # 10 79 TURINEMA - CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3124429141 - 3128378201
Entidad responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S
Seguridad social: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S
Estado civil: SOLTERA
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Tipo documento: CC Numero: 1050091091
Edad: 19 Años 11 Meses 02 Dias (11/09/2005)
Sexo biológico: FEMENINO Género: Femenino
Grupo: O RH: Positivo
Tipo paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo afiliado: BENEFICIARIO
Grupo étnico:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE-10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
C508	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA MAMA		Impresion diagnóstica	☑

OBJETIVO - ANALISIS

ANESTESIA:
PACIENTE DE 19 AÑOS, EN VAL PRE ANESTESICA PARA:RESEC DE CUADRANTE DE MAMA MAS COLGAJO

AX:
PATOLOGICOS: CA SISTEMA NERVISOS , EPENDIMOMA A LOS 5 AÑOS TRATADA QX.
QX: RESECCIOIN DE MASA.
ANESTESICOS: OK
ALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: TOLTERODINA, BACLOFENO

TA110-70 FC: 70
AUSCULTACION CP: OK
VIA AEREA: OK
DENTADURA:NATURAL

LABS:
T DE COAG NORMALES
HB: 15 HCTO: 46 PLAQ: 282,000
GLUCOSA: 100

PLAN:
ASA 2
SE EXPLICAN RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES RELACIONADAS CON ANESTESIA Y SUS PATOLOGIAS DE BASE.
AYUNO PRE QX DE 8 HORAS.
EN CASO DE GRIPA SE POSTPONE CIRUGIA.
NO SUSPENDER MEDICACAION HABITUAL EXCEPTO LO INDICADO EN CONSULTA.

PROGRAMAR

DESTINO

SALIDA

Profesional: SANDRA LUCERO NIÑO BECERRA
Especialidad: ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Prof. # 004326

Identificación: 1050091091
Nombre: MONICA LIZETH
Apellido: REALPE VARGAS

Ingreso: 7D0642B9D0 Fecha historia: 13/08/2025 5:18:47 p. m. # Autorización: ANESTESIA
Fecha ingreso: 13/08/2025 4:23:21 p. m. Causa de atención: Enfermedad general
Servicio ingreso: CONSULTA ESPECIALIZADA CCB Servicio egreso: CONSULTA ESPECIALIZADA CCB
Identificación: 1050091091 Nombres: MONICA LIZETH Apellidos: REALPE VARGAS
Número de folio: 7 Ubicación: CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA - CONSULTA ESPECIALIZADA CCB

Profesional: SANDRA LUCERO NIÑO BECERRA
Especialidad: ANESTESIOLOGIA
Tipo de Identificación: CC - Cédula de Ciudadanía
Identificación: 46670504
Tarjeta Profesional # 004326

Profesional: SANDRA LUCERO NIÑO BECERRA
Especialidad: ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Prof. # 004326

Identificación: 1050091091
Nombre: MONICA LIZETH
Apellido: REALPE VARGAS

Impreso el 13/08/2025 a las 17:40:35 Por el Usuario 39326 - PAULA FORERO
Indigo Vie EHR - Powered By Vie HealtTech - to CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA S.A.S Nit: 820001277-2

Powered by CamScanner

RIESGO DE FRACTURA S.A. CAYRE

HISTORIA CLINICA

NIT: 830027158-3

Nº de Ingreso: 3177973 **Fecha Consulta:** 27/08/2025 8:48:44 a. m. **Sede:** TUNJA - Cll 40 1 A E - 185 Oficina 705/706

Datos Personales

Nombre Paciente: MONICA LIZETH REALPE VARGAS
Fecha Nacimiento: 11/09/2005 12:00:00 a. m.
Estado Civil: Soltero
Dirección Pte: CALLE 3 # 10 79 BR SURINEMA
Procedencia: CHIQUINQUIRA
Ocupación: ESTUDIANTE
Discapacidad: DISCAPACIDAD FISICA
Raza/Etnia: NINGUNA

Identificación Pte: 1050091091
Edad: 19 Años / 11 Meses / 15 Días
Sexo: Femenino
Teléfono Pte: 3128378201
Finalidad de Consulta: Tratamiento
Causa Externa: Enfermedad_general
Correo: RUIZMATEUSJESSICA@GMAIL.COM
Identidad de Genero: Femenino

Datos Afiliación

EPS: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN
Nit: 800251440 **Plan de Beneficio:** SANITAS EPS PLAN 10
Dirección Eps: CALLE 100 N° 11B - 67 **Teléfono Eps:** 3133030521 - 3213526602
Municipio: Bogotá, D.C **Nº Contrato:** IBOGCU2137

Nombre del acompañante: JESSICA RUIZ
Teléfono del acompañante: 3128378201
Nombre del acudiente: JESSICA RUIZ
Teléfono del acudiente: 3128378201
Parentesco: MADRE

Fecha: 27/08/2025 Hora: 08:33:01 Tipo de Consulta: **CONTROL** Asistida Por: 1001090126 ORTIZ NUÑEZ ANGIE ALEJANDRA

+ Anamnesis

Motivo de Consulta:

OCUPACIÒN: ESTUDIANTE
PROCEDENCIA: CHIQUINQUIRÁ
ASISTE CON JESSICA RUIZ MADRE SUSTITUTA

MOTIVO DE CONSULTA: "CONTROL"
ÚLTIMO CONTROL: 10/04/2024 DR REYES

Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 19 AÑOS CON DIAGNOSTICOS:
-EPENDIMOMA MEDULA ESPINAL
-PARAPARESIA ESPASTICA SECUELAR
-VEJIGA NEUROGENICA
-MASA MAMA IZQUIERDA EN ESTUDIO FIBROADENOMA?

TRATAMIENTO ACTUAL:
BACLOFENO TAB 10 MG CADA 24 HORAS

OTROS TRATAMIENTOS:
TOLTERODINA 2 MG VO DIA
VITAMINA E 800 UI VO DIA
PARCHE LIDOCAINA UNA VEZ AL DIA

SUBJETIVO: PERSISTE CONE SPASMO DE FECUENCIA 1 VEZ AL DIA.

OTROS CONCEPTOS*
ULTIMA VALORACIÒN POR FISIATRIA 01/08/2025: NO SE EVIDENCIA CONTROL MOTOR EN PIUES NI TOBILLOS POBRE FLEXOEXTENSIÒN DE CADERAS Y RODILLAS. HAY RETRACCIONES DE LOS ISQUIOTIBIALES BILATERALMENTE. VALGO DEL RETROPIE BILATERAL. ORTESIS ACTUALES TOBILLO-PIE CON ZONAS DE PRESION A NIVEL DE PIERNA PROXIMALES Y TOBILLOS

VALORACIÒN POR MASTOLOGIA: LLEVADA A CUADRANTECTOMIA DE MAMA ZIQUIERDA EL 23/08/2025, PENDIENTE REPORTE DE PATOLOGIA

VALORADA POR HEMATOLOGIA 06/03/2024: EPENDIMOMA MEDULA ESPINAL PARAPLEJIA ESPASTICA MMII SECUELAR SE REDIRECIONA A ONCOLOGIA ADULTOS.

Antecedentes

LICENCIADO A: [RIESGO DE FRACTURA S.A.] NIT [830027158-3]

RIESGO DE FRACTURA S.A. CAYRE

NIT: 830027158-3

HISTORIA CLINICA

Nº de ingreso: 3177973 **Fecha Consulta:** 27/08/2025 8:48:44 a. m. **Sede:** TUNJA - Cll 40 1 A E - 185 Oficina 705/706

PATOLÓGICOS: EPENDINOMA WHO ESPINAL T5-T6
FARMACOLÓGICOS: LOS YA REFERIDOS
QUIRÚRGICOS: RESECCION DE EPENDIMOMA EN 3 OPORTUNIDADES , RESECCIÒN DE MASA EN MAMA IZQUIERDA
TÓXICOS: NIEGA
G/O: G0P0 FUM: 08/08/2025
ALÉRGICOS: NIEGA
FAMILIARES: CA GASTRICO ABUELA, HTA ABUELA

Revisión por Sistemas

Sintomas Generales:	No Evaluado	Sistema Genitourinario	No Evaluado
Organos de los Sentidos	No Evaluado	Sistema Endocrino	No Evaluado
Sistema Respiratorio	No Evaluado	Sistema Neurologico	No Evaluado
Sistema Cardiovascular	No Evaluado	Sistema Muscoesqueletico	No Evaluado
Sistema Gastrointestinal	No Evaluado	Piel y Tegumentario	No Evaluado
Salud Mental	No Evaluado		

Estado General: BUEN ESTADO GENERAL INGRESA POR EN SILLA DE RUEDAS
Sintomático Respiratorio: NO

FUR:

Signos Vitales:

Peso: 55,00 Kg Talla: 155 Cm Masa Corporal: 2.289,00 FC: 70 min FR: 18 min T°: °C
Presión Arterial: 105 /67 PAM: 7.967,0 Saturación: 92,00 /
Uso de oxigeno suplementario: FIO2 suplementario:

Exámen Fisico

O. Sentidos:
Cuello:
Extremidades:
Neurologico: Anormal — ALERTA, ORIENTACIÓN EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUENTE, NOMINA, REPITE, COMPRENDE, MEMORIA, JUICIO, RACIOCINIO, ATENCIÓN CONSERVADA. PARES CRANEALES: AGUDEZA VISUAL CONSERVADA, NO DEFECTOS CAMPIMETRICOS, NO DISCROMATOPSIAS FONDO DE OJO SIN ALTERACIÓN. PUPILAS 3MM, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SENSIBILIDAD Y SIMETRÍA FACIAL CONSERVADA , ÚVULA CENTRADA, ELEVACIÓN SIMÉTRICA DEL VELO DEL PALADAR, NAUSEOSOS PRESENTES, RESTO DE PARES BAJOS SIN COMPROMISO. PARAPARESIA ESPASTICA EN FLEXION CON FUERZA 2/5
Torax:
Abdomen:
Osteomuscular:
G/U:
Piel:

Paraclinicos

EGP: EGM: VSG: PCR: HLAB27:

05/03/2024 CH: LEUCO: 6.800 NEUTRO:4.500 LINFO: 2.100 HB: 14.8 HTO: 42.9 PLQT: 306.000 FROTIS DE SANGRE PERIFERICA: GLOBULOS ROJOS NORMAL, GLOBULOS BLANCOS NORMAL, SEGMENTADOS: 58 LINFOCITOS:31.0 MONOCITOS: 4.0 EOSINOFILOS:6.0 BASOFILOS:1.0

14/10/2021 RMN DE COLUMNA CERVICAL: DILATACION DEL CANAL EPENDIMARIO POR HIDROMELIA SECUNDARIA A OBSTRUCCION DISTAL POR MASA CONOCIDA, ATROFIA DEL CORDON MEDULAR

14/10/2021 RMN DE COLUMNA TORACICA: SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS CON RESPECTO AL PREVCIO. MASA INTRADURAL INTRAMEDULAR

RIESGO DE FRACTURA S.A. CAYRE

HISTORIA CLINICA

NIT: 830027158-3

Nº de ingreso: 3177973 **Fecha Consulta:** 27/08/2025 8:48:44 a. m. **Sede:** TUNJA - Cll 40 1 A E - 185 Oficina 705/706

T57T6 DE 22*13*12 MM REALZA HETEROGENEAMENTE TRAS LA ADMINISTRACION DEL CONTRASTE, PRESENTA RESTRICCION DE MOVIMIENTOS DE LOS PROTONES CONDICIONA DILATACION IMPORTANTE DEL CANAL EPENDIMARIO PROXIMAL Y DISTAL CON ATROFIA SEVERA DEL CORDON MEDULAR, RESIDUO TUMORAL DE EPENDIMOMA CONOCIDO. CAMBIOS POSOPERATORIOS.

Conducta

PACIENTE DE 19 AÑOS CON DIAGNOSTICOS:
-EPENDIMOMA MEDULA ESPINAL
-PARAPARESIA ESPASTICA SECUELAR
-VEJIGA NEUROGENICA
-MASA MAMA IZQUIERDA EN ESTUDIO FIBROADENOMA?

PACIENTE CON PARAPARESIA ESPASTICA EN FLEXION EN TRATAMIENTO CON BACLOFENO 1 VEZ AL DIA, CON PERSISTENCIA DE EPISODIOS ESPASTICOS, POR LO QUE SE INDICA AUMENTAR DOSIS A CADA 12 HORAS, YA EN SEGUIMIENTO POR FISIATRIA QUIENES ORDENAN ORTESIS, SE INDICA CONTROL EN 4 MESES

DURANTE INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE DESEO DE ANTICONCEPCIÒN CON IMPLANTE SUBDERMICO, POR NUESTRA PARTE SIN CONTRAINDICACIÒN. SE EXPLICA DE FORMA AMPLIA Y CLARA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
BACLOFENO TAB 10 MG CADA 12 HORAS **AJUSTADO**
SEGUIMIENTO POR FISIATRIA
CONTROL CON NEUROLOGIA EN 4 MESES

Conducta de Educación

SE DAN PAUTAS DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR). NO INGESTA DE LECHE DE VACA, NO INGESTA DE ALIMENTOS CON GLUTEN (CEBADA, CENTENO, TRIGO, AVENA) NO INGESTA DE AZÚCARES REFINADOS, NI COMIDAS PROCESADAS NI ULTRAPROCESADOS, DORMIR MÍNIMO 7 HORAS DIARIAS. DEBE REALIZAR EJERCICIO REGULAR Y CONTINUO 4 VECES A LA SEMANA DURANTE UNA HORA RESPETANDO LAS FASES DEL EJERCICIO (CALENTAMIENTO, ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO Y ESTIRAMIENTO), DEBE EVITAR EJERCICIOS DE ALTO IMPACTO.

Escala de Conciliación Medicamentosa

1. El paciente usa medicamentos de forma regular ?

2. Registró dichos medicamentos en el campo de antecedentes farmacológicos ?

3. Requiere ajustar la terapia farmacológica ?

Indicaciones Médicas

Impresión Diagnóstica CODIGO CEI - 10

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	ING	EGR	PRINCIPAL	TIPO
D434	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MEDULA ESPINAL		☐	☐	☑	Definitivo

Marco A. Reyes G.
79.797.278
Neurologia

Firma:

MARCO AURELIO REYES GUERRERO
NEUROLOGIA
Tarjeta Profesional: TP-79797278

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Jessica Fernanda Ruiz Mateus	**No. Producto**	35252954358
No. Identificación	1053337864	**Entidad Financiera**	BANCOLOMBIA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	442
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$40,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101MY
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28585

Señores	TOBAR VILLAMIL SONIA INES
NIT	23.496.691-1
Dirección	CRA 3 No 14A 42 B. Sucre
Teléfono	3138794972
Ciudad	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	SONIA TOBAR- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ		0	.00	60,000.00

Total Bruto	60,000.00
Total a Pagar	**$ 60.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 60.000,00 Cuota 2 P - 003- 28585 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Sesenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS



Elaborado por Aprobado por Recibido por

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :49429a339dfc6471ec008a727a0f2c058816ac52a8620772beb4633ce55d175ead5b252ee624b5c3ab19ad111dd23997

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA - SONIA INES TOBAR VILLAMIL

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	4/08/2025	1053337864	SONIA INES TOBAR VILLAMIL	CUENTA DE COBRO VIATICOS	60.000		60.000
2							0
3							0
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
				TOTAL GASTOS	60.000		60.000

Elaborado : _____
Nombre: SONIA INES TOBAR VILLAMIL
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

SONIA INES TOBAR VILLAMIL
NIT:
23496691

La Suma de: **$ 60.000** **SESENTA MIL PESOS**

Por concepto de

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario EILEN DAYANA AVENDAÑO TORRES el día 04/08/2025 de Chiquinquira a Bogotá.

Fecha: 31/8/2025
Banco BANCO CAJA SOCIAL
Tipo de AHORROS
No cuenta 24040123161

Atentamente

SONIA INES TOBAR VILLAMIL
23496691
Departamento Boyacá
Direccion CRA 3 No 14A 42 B. Sucre
E - mail soniaines2011@hotmail.com
Cel o Tel 3138794972

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	SONIA INES TOBAR VILLAMIL			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
23.496.691	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	CRA 3 No 14A 42 B. Sucre	Boyacá	3138794972	31/8/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	VIATICOS Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario EILEN DAYANA AVENDAÑO TORRES el día 04/08/2025 de Chiquinquira a Bogotá.			$ 60.000

VALOR EN LETRAS: SESENTA MIL PESOS	Subtotal	$ 60.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 60.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA		
POR FAVOR	BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	CUENTA No.	24040123161

ACEPTO:

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: 04752FF559 **Fecha Historia:** 4/08/2025 1:12:39 p. m. **# Autorización:** P
Fecha ingreso: 4/08/2025 12:42:56 p. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1049664718 **Nombres:** EYLEEN DAYANA **Apellidos:** AVENDAÑO TORRES
Número de folio: 111 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: AVENDAÑO TORRES
Nombres: EYLEEN DAYANA
Dirección: FHFHF - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3138794972 - 3138794972
Entidad responsable: NUEVA EPS S.A.
Segurad social: NUEVA EPS S.A.
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: RC **Número:** 1049664718
Edad: 02 Años 05 Meses 24 Dias (8/02/2023)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Grupo: O **RH:** Positivo
Tipo afiliado: NO APLICA
Estado civil: SOLTERA
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: Control

Enfermedad Actual: Paciente quien fue valorada en abril de 2025 por cuadro de secuelas de mielomeningocele, para lo que se prescribio dispositivo de movilidad tipo Caster car.

asiste el dia de hoy solicitando se diligencia formato MIPRES, explico por segunda ocasion que por ser los dispositivos de movilidad una exclusion especifica del PBS no es posible diligenciar el MIPRES, explico tambien que debe er valoraad en junta con el dispositivo para evaluar la concordancia con la prescripcion

ANTECEDENTES

Médicos: > Fecha: 25/09/2024
K592 - INTESTINO NEUROGENICO, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE

Oftalmológicos: -- No Refiere --
Quirúrgicos: -- No Refiere --
Transfusionales: -- No Refiere --
Inmunológicos: -- No Refiere --
Alérgicos: -- No Refiere --
Traumáticos: -- No Refiere --
Psicológicos: -- No Refiere --
Farmacológicos: -- No Refiere --
Familiares: -- No Refiere --
Tóxicos: -- No Refiere --
Hábitos de vida: -- No Refiere --
Escolares: -- No Refiere --
Laborales: -- No Refiere --
Nutricionales: -- No Refiere --
Odontológicos: -- No Refiere --
Socioeconómicos: -- No Refiere --
Otros: -- No Refiere --

REVISIÓN POR SISTEMAS

-

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial : 90/60 mmHg **Frecuencia respiratoria :** 20 respiraciones/min **Temperatura :**

Profesional: IVAN ALEJANDRO JARA BAQUERO
Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Tarjeta Prof. # 80503639

Identificación: 1049664718
Nombre: EYLEEN DAYANA
Apellido: AVENDAÑO TORRES

Ingreso: 04752FF559 Fecha Historia: 4/08/2025 1:12:39 p. m. # Autorización: P
Fecha ingreso: 4/08/2025 12:42:56 p. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatria
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1049664718 Nombres: EYLEEN DAYANA Apellidos: AVENDAÑO TORRES
Número de folio: 111 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

Presión arterial media :	70,00 mmHg	Frecuencia cardiaca :	70 latidos/min	SpO2 :	0%
Perimetro abdominal :	1 cm	Índice de masa corporal :	70800 Kg/m²	Dolor:	0
Perimetro cefàlico :	cm	Perimetro torácico :	cm	Talla:	1,0 cm
Perimetro braquial :	0,0 cm	Superficie corporal :	0,37 m²		
Peso actual:	7,08 KG				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	☑N	☐AN
Ojos:	☑N	☐AN
ORL:	☑N	☐AN
Cuello:	☑N	☐AN
Tórax:	☑N	☐AN
Abdomen:	☑N	☐AN
Genitourinario:	☑N	☐AN
Extremidades:	☑N	☐AN
Neurológica:	☑N	☐AN
Piel:	☑N	☐AN

Observaciones:

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla:
Peso para la Edad: <-2 / Desnutrición Global
Perimetro Cefálico: <-2 / Factor de riesgo para el neurodesarrollo.
Talla para la Edad: <-2 / Talla baja para la edad o retraso en talla.
Indice Masa Corporal: >+3 / Obesidad.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
Q059	ESPINA BIFIDA, NO ESPECIFICADA		Confirmado repetido	☑

ESCALAS DE SALUD

ESCALA (NRS) NUMÉRICA DEL DOLOR

Puntaje total : 0 puntos Interpretación : Sin dolor

ANÁLISIS

Paciente con secuelas de mielomeningocele a quien en junta de movilidad en abril de 2025 se prescribio dispositivo de movilidad tipo Caster Car y se cito a junta para evaluacion, sin embargo asiste hoy, solicitando se diligencia MIPRES, explico ampliamene que al ser una exclusion especifica del PBS no se puede diligenciar MIPRES.

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si ☐ No ☐

DESTINO

SALIDA

CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - OTROS

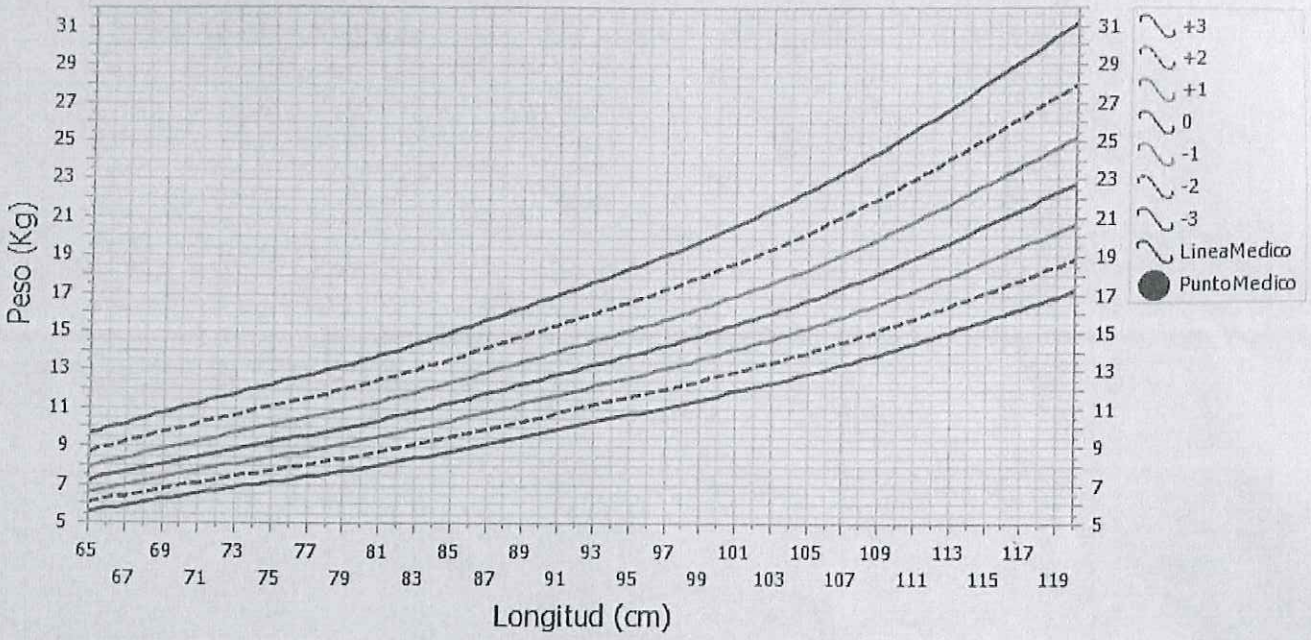
PESO PARA LA TALLA

Profesional: IVAN ALEJANDRO JARA BAQUERO
Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Tarjeta Prof. # 80503639

Identificación: 1049664718
Nombre: EYLEEN DAYANA
Apellido: AVENDAÑO TORRES

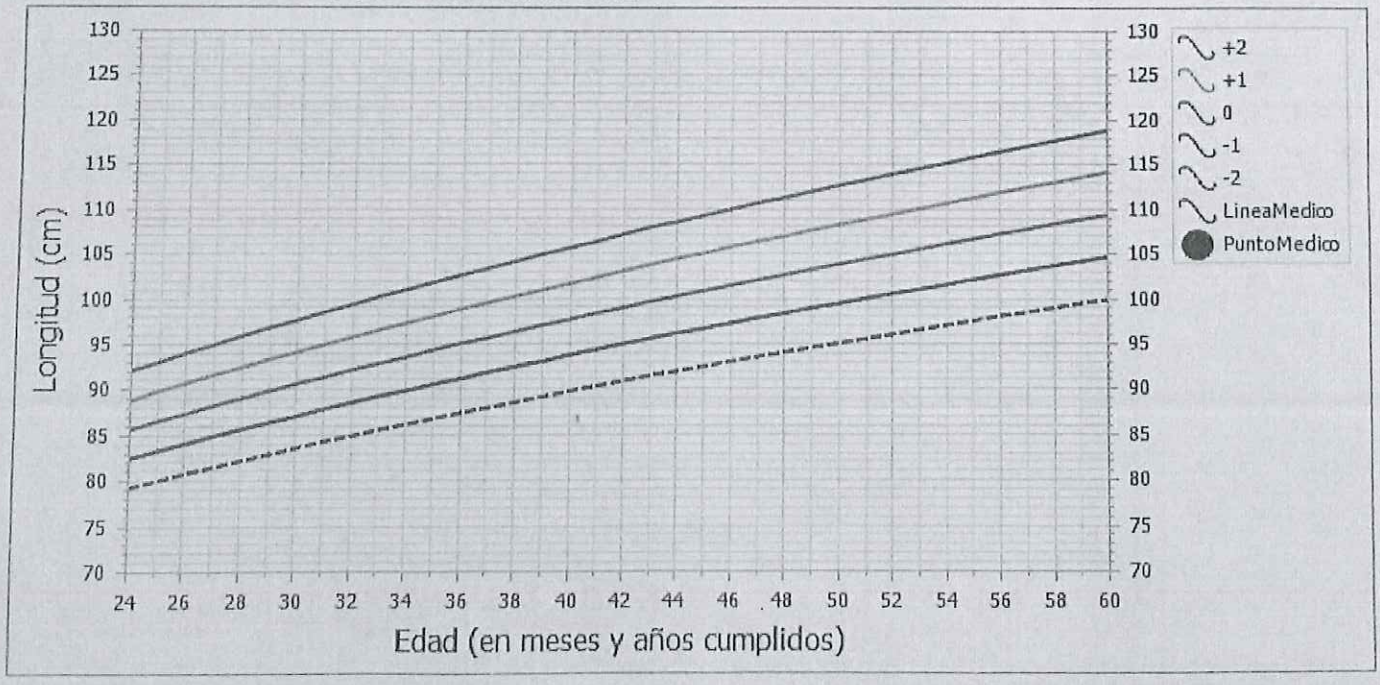
Ingreso: 04752FF559 Fecha Historia: 4/08/2025 1:12:39 p. m. # Autorización: P
Fecha ingreso: 4/08/2025 12:42:56 p. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatria
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1049664718 Nombres: EYLEEN DAYANA Apellidos: AVENDAÑO TORRES
Número de folio: 111 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

Interpretación: Mensaje de Alerta



TALLA PARA LA EDAD

Interpretación: <-2 / Talla baja para la edad o retraso en talla.



Profesional: IVAN ALEJANDRO JARA BAQUERO
Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Tarjeta Prof. # 80503639

Identificación: 1049664718
Nombre: EYLEEN DAYANA
Apellido: AVENDAÑO TORRES

Ingreso: 04752FF559 **Fecha Historia:** 4/08/2025 1:12:39 p. m. **# Autorización:** P
Fecha ingreso: 4/08/2025 12:42:56 p. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1049664718 **Nombres:** EYLEEN DAYANA **Apellidos:** AVENDAÑO TORRES
Número de folio: 111 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

Profesional: IVAN ALEJANDRO JARA BAQUERO
Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Tipo de identificación: CC - Cédula de Ciudadanía
Identificación: 80503639
Tarjeta Prof. # 80503639

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Sonia Ines Tobar Villamil	**No. Producto**	24040123161
No. Identificación	23496691	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	437
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$60,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101MT
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28586

Señores	CORTES PEÑA ALBA STELLA
NIT	28.438.078-7
Dirección	CRA 16 #19A -06. San Mateo
Teléfono	3112564671
Ciudad	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	ALBA CORTES- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ		0	.00	20,000.00

Total Bruto	20,000.00
Total a Pagar	**$ 20.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 20.000,00 Cuota 2 P - 003- 28586 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Veinte Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :5f253a58921b570e16c8cfe733f482faf00e781ccc01feaae9877263d4dc1335e8df01ff0b0e90e96d43236f65ac063c

Corporación Infancia y Desarrollo

REEMBOLSO DE GASTOS

FO-GF-03-07-03
FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA - ALBA STELLA CORTES PEÑA

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	6/08/2025	28438078	ALBA STELLA CORTES PEÑA	CUENTA DE COBRO VIATICOS	20.000		20.000
							0
2							0
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23				TOTAL GASTOS	20.000		20.000

Elaborado Alba Stella C.
Nombre: ALBA STELLA CORTES PEÑA
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7
PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

ALBA STELLA CORTES PENA
NIT:
28438078

La Suma de: **$ 20.000** **VEINTE MIL PESOS**

Por concepto de

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario CLARIBEL ROMERO PINZON el dia 06/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.

Fecha:	31/8/2025
Banco	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo de	AHORROS
No cuenta	24040094225

Atentamente

Alba Stella C.

ALBA STELLA CORTES PENA
28438078

Departamento	Boyacá
Direccion	CRA 16 #19A -06. San Mateo
E - mail	stella.cortes1970@gmail.com
Cel o Tel	3112564671

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	**ALBA STELLA CORTES PEÑA**			**DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.**
28.438.078	**DIRECCION**	**CIUDAD O DPTO**	**CEL O TEL**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
	CRA 16 #19A -06. San Mateo	Boyacá	3112564671	31/8/2025
CANTIDAD	**CONCEPTO**			**VALOR**
	VIATICOS Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario CLARIBEL ROMERO PINZON el dia 06/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.			**$ 20.000**

VALOR EN LETRAS: **VEINTE MIL PESOS**	Subtotal	$ 20.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 20.000

	NOMBRE Bco.	**TIPO CUENTA**	**CUENTA No.**
POR FAVOR	**BANCO CAJA SOCIAL**	**AHORROS**	**24040094225**

ACEPTO: Alba Stella C.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1053347694	
Paciente: CLARIBEL ROMERO PINZON	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 27/06/1997 00:00	
Edad y género: 28 Años, Femenino	
Identificador único: 159170	Financiador: NUEVA EPS-S

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha apertura: 06/08/2025 08:03
Fecha: 06/08/2025 08:11 - Ambulatoria - Ubicación: S1 CONSULTA EXT CLINICO - Servicio: CONSULTA EXTERNA

Consulta médica - FISIATRIA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Control
Finalidad: Otra
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Motivo de consulta: CONTROL
Enfermedad actual: DX ANTECEDENTE DE HIPOXIA NEONATAL CON PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Y DETERIORO COGNITIVO ESTA EN PROCEO DE REHABITLACION PARA MANEJO DE ESPASTICIDAD.
YA TIENE CERTIFICADO DE DISACPACIDAD. NO HA PODIDO ACCEDER A SILLA DE RUEDAS. MIEGA CONVULISONES. SE CAMBIA SOLA COME SOLA.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Signos y síntomas generales: Normal

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 100/70, Presión arterial media(mmHg): 80
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 74 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno: 92% FIO2 (Fracción inspirada de oxígeno)(%): 21
Temperatura(°C): 36 Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Alerta

Examen Físico:
Inspección General
Inspección general : INGRESA EN SILLA DE RUEDAS, ALERTA OBEDDC ORDENSSN SEICILLA NOI EMITE LENGUAJE TOLERANDO DIETA CON CUADRIPARESAI8 ESPASTICA
RMT ++/++++.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - G809 - PARALISIS CEREBRAL - SIN OTRA ESPECIFICACION, Fecha de diagnóstico: 03/05/2024, Edad al diagnóstico: 26 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: ANTECEDENTE DE HIPOXIA NEONATAL CON PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Y DETERIORO COGNITIVO ACTUALEMTNE CON TONO MODULADO. DEBE CONTIANRU PLAN CASERO DE MANTENIMIENTO EN CASA Y CONTROL EN 1 AÑO. PENMDINTE SILLA D RUEDAS
Plan de manejo: PAL NCASERO.

Control por consulta externa en (días): 0

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE
Recomendaciones actividad física: No
Requiere oxigeno domiciliario: No
Realizar curación quirúrgica: No
Signos de alarma: ATORAMIENTO
Otras Recomendaciones: PL an casero

RECUERDE

Su recuperación depende del cumplimiento del tratamiento y del apoyo familiar si lo necesita.

Si tiene alguna duda sobre el tratamiento ordenado relacionado con como tomar los medicamentos, hora de administración, reacciones,

Firmado electrónicamente

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1053347694	
Paciente: CLARIBEL ROMERO PINZON	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 27/06/1997 00:00	
Edad y género: 28 Años, Femenino	
Identificador único: 159170	Financiador: NUEVA EPS-S

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

etc.: Hora en que se debe tomar los medicamentos, reacción, precauciones. Pregunte al personal médico y/o de enfermería ANTES DE SALIR DEL HOSPITAL.

Carmen Cecilia D.

Firmado por: CARMEN CECILIA DIAZ SANCHEZ, FISIATRIA, Registro 541706/99, CC 37326968, el 06/08/2025 08:11

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - CONSULTAS - 06/08/2025 08:12
890364 CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
1 Año (s)
FISIATRIA
Estado: Ordenado

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 06/08/2025 08:13:19

Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Alba Stella Cortes Pena	**No. Producto**	24040094225
No. Identificación	28438078	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	446
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$20,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101N2
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28587

Señores	GONZALEZ CORTES VIVIANA MARCELA
NIT	1.053.333.344-1
Dirección	CALLE 10 No. 9C-107 B. Villa del Rosario
Teléfono	3002216114
Ciudad	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA
Factura Proveedor	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	VIVIANA GONZALEZ- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ		0	.00	30,000.00

Total Bruto	30,000.00
Total a Pagar	**$ 30.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 30.000,00 Cuota 2 P - 003- 28587 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Treinta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Elaborado por

Aprobado por

Recibido por

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :8b9b6629efa6cd70f318bcaab60a3aa0a66cd802baa0881015804deed40af76a952b70d6138e6cc7013924a12ba8a8ea

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA - VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	14/08/2025	23.491.871	BOUTIQUE Y PAÑALERA LINDAS PERSONITAS	COMPRA DE PAÑALES WINNY ULTRATRIM SEC ET*100 PARA EL BENEFICIARIO OWEN ISAAC QUINTERO PARDO	100.000		100.000
2	20/08/2025	1053333344	VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES	CUENTA COBRO VIATICOS	30.000		30.000
3							0
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
				TOTAL GASTOS	130.000		130.000

Elaborado: _____
Nombre: VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES
NIT:
1053333344

La Suma de: **$ 30.000** **TREINTA MIL PESOS**

Por concepto de

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario LAURA VALENTINA MERCHAN BUITRAGO el dia 20/08/2025 de Chiquinquira a Bogota.

Fecha:	31/8/2025
Banco	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo de	AHORROS
No cuenta	24129023056

Atentamente

VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES
1053333344

Departamento	Boyacá
Direccion	CALLE 10 No. 9C-107 B. Villa del Rosari
E - mail	marce89gonza@hotmail.com
Cel o Tel	3002216114

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	VIVIANA MARCELA GONZALEZ CORTES			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
1.053.333.344	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	CALLE 10 No. 9C-107 B. Villa del Rosario	Boyacá	3002216114	31/8/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	VIATICOS Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario LAURA VALENTINA MERCHAN BUITRAGO el dia 20/08/2025 de Chiquinquira a Bogota.			$ 30.000

VALOR EN LETRAS: TREINTA MIL PESOS	Subtotal	$ 30.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 30.000

NOMBRE Bco.		TIPO CUENTA		
POR FAVOR	BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	CUENTA No.	24129023056
		ACEPTO:		

Calle. 24D # 40-29 Bogotá D.C. * Celular: 317 6460751
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 108

Señores	RONCANCIO BRAVO CLEMENCIA ASCENCION		
NIT	23,491,871 - 8	**Teléfono**	3115803912
Dirección	CR 10 12 85	**Ciudad**	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA

Fecha Comprobante

2025-08-14

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195250300	CLEMENCIA RONCANCIO-FAC 808 GASTO EMERG AGO CHIQ	23,491,871	257 - 7		84.034,000
5195109902	CLEMENCIA RONCANCIO-FAC 808 GASTO EMERG AGO CHIQ	23,491,871	257 - 7	Base: 84,034.00	15.966,000
2335950200	VIVIANA GONZALEZ- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ	1,053,333,344	257 - 1	Comp:L-300-00000000108,VTO: 1,F.VTO:2025/08/14	-100.000,000

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por



No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta CL - 808

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764089028321 de 17/02/2025 - 17/08/2025 autoriza CL-787 a CL-5000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	14/08/2025 15:10
Fecha de Vencimiento	14/08/2025 15:10
Fecha de Validación	14/08/2025 15:11
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Efectivo
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	BOUTIQUE Y PAÑALERA LINDAS PERSONITAS
Nombre Comercial	
CC	23491871
Obligación	NO APLICA
Email	clemenroncancio@gmail.com
Teléfono	3115803912
Dirección Fiscal	CR 10 12 85, CHIQUINQUIRA, (BOYACA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Nombre Comercial	COORPORACION DE INFANCIA Y DESARROLLO
NIT	830082544
Obligación	IVA
Email	coordinadorgeneralhs2@cid.org.co
Teléfono	
Dirección	
Ciudad, Depart.	

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	7701021116123	Winny Ultratrim Sec Et 3x100	1	EA	$84,034.00	IVA 19%	$84,034.00	$100,000.00

1

Subtotal	$84,034.00
IVA 19%	$15,966.00
Total a Pagar	$100,000.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 8db23f840a952e7200f036cf738c79cc175bc1beb529efea00a30aefc7922e933699d80523aef575bed9ec2b41950c48

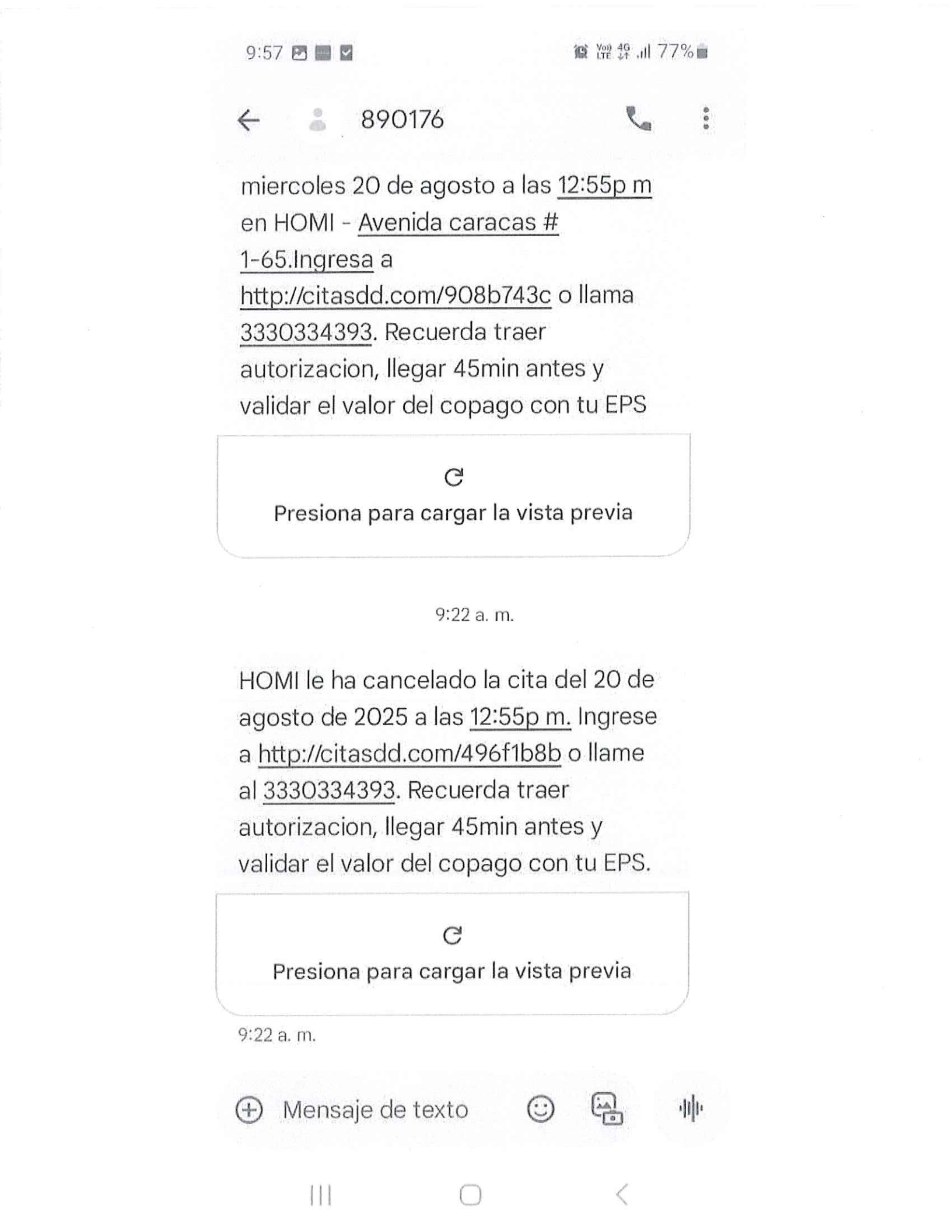
Ayer • 12:58 p. m.

HOMI te recuerda tu cita de Gastroenterologia Pediatrica para el miercoles 20 de agosto a las 12:55p m en HOMI - Avenida caracas # 1-65.Ingresa a http://citasdd.com/908b743c o llama 3330334393. Recuerda traer autorizacion, llegar 45min antes y validar el valor del copago con tu EPS

Presiona para cargar la vista previa

9:22 a. m.

HOMI le ha cancelado la cita del 20 de agosto de 2025 a las 12:55p m. Ingrese a http://citasdd.com/496f1b8b o llame al 3330334393. Recuerda traer autorizacion, llegar 45min antes y validar el valor del copago con tu EPS.


9:57
77%
890176
miercoles 20 de agosto a las 12:55p m en HOMI - Avenida caracas # 1-65.Ingresa a http://citasdd.com/908b743c o llama 3330334393. Recuerda traer autorizacion, llegar 45min antes y validar el valor del copago con tu EPS
Presiona para cargar la vista previa
9:22 a. m.
HOMI le ha cancelado la cita del 20 de agosto de 2025 a las 12:55p m. Ingrese a http://citasdd.com/496f1b8b o llame al 3330334393. Recuerda traer autorizacion, llegar 45min antes y validar el valor del copago con tu EPS.
Presiona para cargar la vista previa
9:22 a. m.
Mensaje de texto

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Viviana Marcela Gonzales Corte	**No. Producto**	24129023056
No. Identificación	1053333344	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	440
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$130,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101MW
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28588

Señores	RODRIGUEZ MORALES KATERINE
NIT	1.000.136.427-7
Dirección	CALLE 18B No 20-22 B. Villa Republicana
Teléfono	3133210933
Ciudad	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	KATHERINE RODRIGUEZ- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ		0	.00	40,000.00

Total Bruto	40,000.00
Total a Pagar	**$ 40.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 40.000,00 Cuota 2 P - 003- 28588 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Cuarenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Sigo SAS

Elaborado por

Aprobado por

Recibido por

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :acd6766f421553b16ec6e384ff9922cdb9a71c414533d63c2348fffb058b081ca2aec8b5639e892e340a880d28589818

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA - KATERINE RODRIGUEZ MORALES

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	20/08/2025	820001359-8	TRANSPINO	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON JOSE DANIEL DELGADO	19.000		19.000
2	20/08/2025	820001359-8	TRANSPINO	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON JOSE DANIEL DELGADO	19.000		19.000
3	20/08/2025	1053337864	KATERINE RODRIGUEZ MORALES	CUENTA DE COBRO VIATICOS	40.000		40.000
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
				TOTAL GASTOS	78.000		78.000

Elaborado : _____
Nombre: KATERINE RODRIGUEZ MORALES
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

KATERINE RODRIGUEZ MORALES
NIT:
1000136427

La Suma de: **$ 40.000** **CUARENTA MIL PESOS**

Por concepto de

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiarios JOSE DANIEL DELGADO el dia 20/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.

Fecha:	31/8/2025
Banco	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo de	AHORROS
No cuenta	24129024237

Atentamente

KATERINE RODRIGUEZ MORALES
1000136427

Departamento	Boyacá
Direccion	CALLE 18B No 20-22 B. Villa Republicar
E - mail	katerm2019@gmail.com
Cel o Tel	3133210933

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	**KATERINE RODRIGUEZ MORALES**			**DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.**
1.000.136.427	**DIRECCION**	**CIUDAD O DPTO**	**CEL O TEL**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
	CALLE 18B No 20-22 B. Villa Republicana	**Boyacá**	**3133210933**	**31/8/2025**
CANTIDAD	**CONCEPTO**			**VALOR**
	VIATICOS Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiarios JOSE DANIEL DELGADO el dia 20/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.			**$ 40.000**

VALOR EN LETRAS: **CUARENTA MIL PESOS**	Subtotal	$ 40.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	**$ 40.000**

NOMBRE Bco.		**TIPO CUENTA**		
POR FAVOR	**BANCO CAJA SOCIAL**	**AHORROS**	**CUENTA No.**	**24129024237**

ACEPTO:

Calle. 24D # 40-29 Bogotá D.C. * Celular: 317 6460751
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 109

Señores	TRANSPORTE EL PINO SABOYA S.A		
NIT	820,001,359 - 8	**Teléfono**	
Dirección	CARRERA 10 N 5-15	**Ciudad**	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA

Fecha Comprobante

2025-08-20

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195450200	TRASNPINO-TIQ 913 GASTO EMERGENCIA AGOS CHIQ	820,001,359	257 - 7		19.000,000
5195450200	TRASNPINO-TIQ 913 GASTO EMERGENCIA AGOS CHIQ	820,001,359	257 - 7		19.000,000
2335950200	KATHERINE RODRIGUEZ- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ	1,000,136,427	257 - 1	Comp:L-300-00000000109,VTO: 1,F.VTO:2025/08/20	-38.000,000

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-08-20T08:10

TRANSPINO
820001359-8

DIRECCION: TERMINAL CHIQUINQUIRA
FECHA VIAJE: 2025-08-20T08:16
No TIQUET: 14913
SERVICIO: BASICO
Placa Int
WOR763 **63**
Bahia Nro: 0
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
POLIZA RCE: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
Tipo:CC Num:830082544
NOMBRE:corporaci├│n infancia y d
esarrollo
RUTA: CHIQUINQUIRA->TUNJA
DESTINO PASAJERO: TUNJA
CANT:1 PUESTO: 11,

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 19000

** FELIZ VIAJE **

TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-08-20T08:11

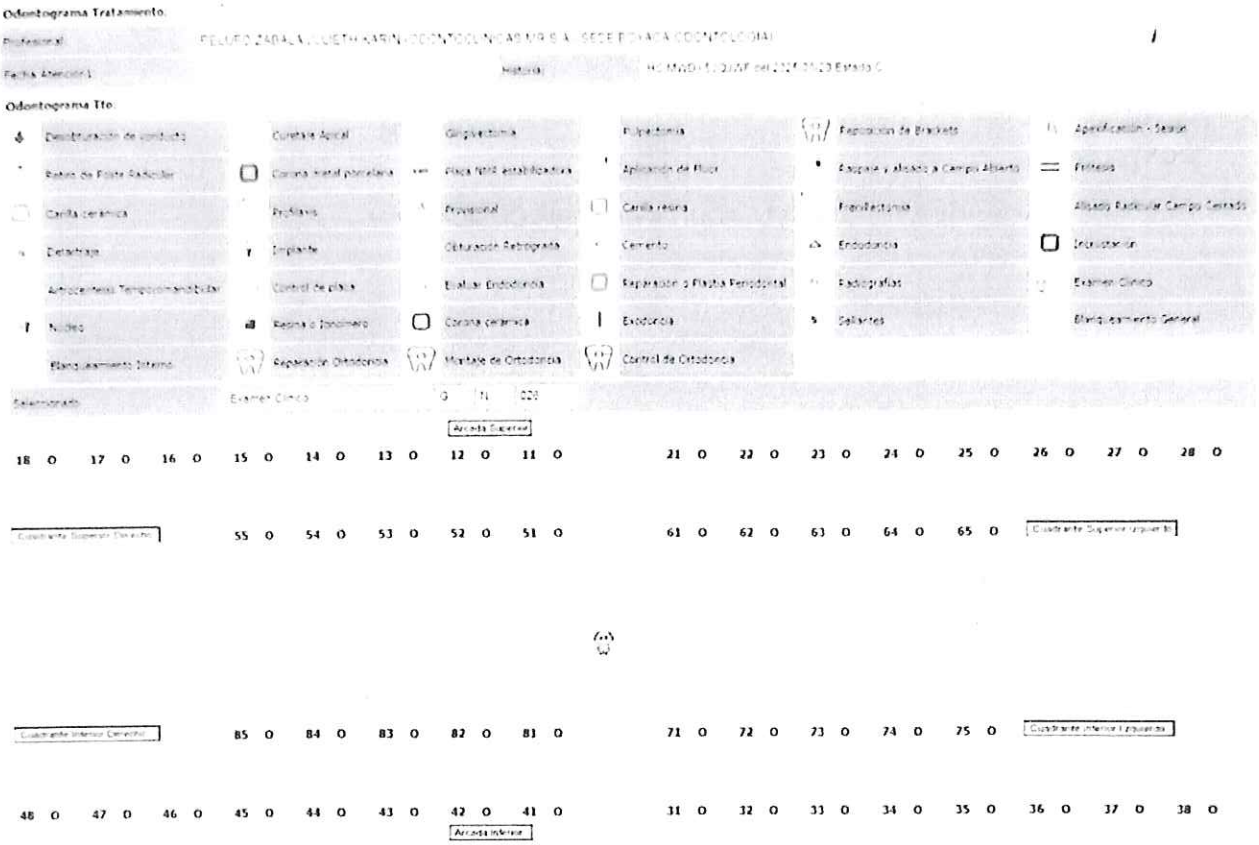
TRANSPINO
820001359-8

DIRECCION: TERMINAL CHIQUINQUIRA
FECHA VIAJE: 2025-08-20T08:16
No TIQUET: 14914
SERVICIO: BASICO
Placa Int
WOR763 **63**
Bahia Nro: 0
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
POLIZA RCE: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
Tipo:CC Num:830082544
NOMBRE:corporaci├│n infancia y d
esarrollo
RUTA: CHIQUINQUIRA->TUNJA
DESTINO PASAJERO: TUNJA
CANT:1 PUESTO: 12,

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 19000

** FELIZ VIAJE **

ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO



2025-08-20

ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO

Diente	Nombre	Cara	Procedimiento	Observar
99	General		Examen Clinico	

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

Fecha: 2025-08-20

Evolución: Hora: 13:00 BÁSICO LOT C2025081501 PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE RETARDO MENTAL, MICROCEFALIA Y EPILEPSIA CONTROLADO, DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN ASISTE A CONSULTA POR PRIMERA VEZ PARA VALORACIÓN ACOMPAÑADO DE SU MADRE SUSTITUTA (KATERINE RODRIGUEZ). AL EXAMEN CLÍNICO SE OBSERVA MOLAR 37 CON CARIES CAVITACIONAL SUBGINGIVAL, AL EXAMEN RX SE OBSERVA MISMA ESTRUCTURA DENTAL CON COMPROMISO PULPAR, COMPROMISO DE FURCA DENTAL Y ZONA RADIOLUCIDA COMPATIBLE CON LESIÓN APICAL EXTENSA. SE LE EXPLICA A LA ACUDIENTE QUE LA ESTRUCTURA DENTAL 37 PRESENTA PRONOSTICO RESERVADO PUESTO QUE SE EVIDENCIA MOLAR 37 SOCAVADO CON COMPROMISO DE FURCA DENTAL Y RIESGO DE

Historia Clinica de Odontologia **Paciente: CC 1002527108** **JOSE DANIEL DELGADO**

FRACTURA, ACUDIENTE AFIRMA ACEPTAR Y ENTENDER. POR LO QUE SE ENVÍA SOLICITUD PARA EXODONCIA DE MOLAR 37. ACUDIENTE AFIRMA ENTENDER PLAN DE TRATAMIENTO Y SE RETIRA DE LA CONSULTA JUNTO AL PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS CONSCIENTES Y ORIENTADOS.

Profesional PELUFO ZABALA JULIETH KARIN
Registro: 1005625949
Area Md: ODONTOLOGIA



Firma de/por paciente:
1002527108



********** HASTA AQUI LA HISTORIA CLINICA *******

Odontoclinicas MR

ODONTOCLINICAS MR S.A.

Nit: 900240354-6
Cód Prestador: 150010165501
Dirección: Kr 9 #22-34
Teléfonos: 3103159502
TUNJA

SIIPS Web 5.0.0

Atención en: CE (MWDYSJQJWF)

859d9d770ae52fda14f26f7e6e98846f

Solicitud Servicios/Recomendaciones: 122489 **Paciente:CC 1002527108** **JOSE DANIEL DELGADO**

Fecha de Solicitud: 2025-08-20 Admisión: 1-33182
Entidad: 2024 NUEVA EPS PGP RS TUNJA
Aseguradora: NUEVA EPS Nit: 900156264
Fecha de Nacimiento: 2000-08-01 Edad: 25 Años 0 Meses 19 Dias Sexo: Masculino
Dirección: CHIQUINQUIRA Teléfono: 3133210933
Dx: (K047) ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA

Código	Descripción	Cant.	Und	Observar/Posología	Nivel
231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO Principio: Concentración: Forma: Und: UNIDAD ATC: 231303 Via: -	1.0	UNIDAD	MOLAR 37	1

Total Registros 1

Julieth Pelufo Zabala
ODONTÓLOGA GENERAL
REG. 1005625949

JULIETH KARIN PELUFO ZABALA RM: 1005625949
ODONTOLOGIA

20 DIC
fecha probable

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Katerine Rodriguez Morales	**No. Producto**	24129024237
No. Identificación	1000136427	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	449
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$78,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101N5
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28589

Señores	PEÑA PEÑA EDISMELDA
NIT	23.497.528-3
Dirección	CALLE 20 26-25 B. San Mateo
Teléfono	3107976379
Ciudad	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA
Factura Proveedor	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	EDISMELDA PEÑA- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ		0	.00	60,000.00

Total Bruto	60,000.00
Total a Pagar	**$ 60.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 60.000,00 Cuota 2 P - 003- 28589 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Sesenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por

Aprobado por

Recibido por

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :a767425a61412b91fc97ec9e8477df015d2f91f1182e02b47382ff84e64c8fc5911d6844f9064cce633d4096d84564cf

Corporación Infancia y Desarrollo	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03 FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA - EDISMELDA PEÑA PEÑA

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	20/08/2025	23497528	EDISMELDA PEÑA PEÑA	CUENTA DE COBRO VIATICOS	60.000		60.000
2							0
3							0
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
				TOTAL GASTOS	60.000		60.000

Elaborado : Edismelda Peña P.
Nombre: EDISMELDA PEÑA PEÑA
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

EDISMELDA PEÑA PEÑA
NIT:
23497528

La Suma de: **$ 60.000** **SESENTA MIL PESOS**

Por concepto de

Gastos de emergencia - viaticos para traslado por citas medicas del beneficiarios ROBINSON MARTINEZ COCA el dia 20/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.

Fecha:	31/8/2025
Banco	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo de	AHORROS
No cuenta	24040092313

Atentamente

Edismelda Peña P.

EDISMELDA PEÑA PEÑA
23497528

Departamento	Boyacá
Direccion	CALLE 20 26-25 B. San Mateo
E - mail	edycortespena@gmail.com
Cel o Tel	3107976379

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	**EDISMELDA PEÑA PEÑA**			**DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.**
23.497.528	**DIRECCION**	**CIUDAD O DPTO**	**CEL O TEL**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
	CALLE 20 26-25 B. San Mateo	**Boyacá**	**3107976379**	**31/8/2025**
CANTIDAD	**CONCEPTO**			**VALOR**
	VIATICOS Gastos de emergencia - viaticos para traslado por citas medicas del beneficiarios ROBINSON MARTINEZ COCA el dia 20/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.			**$ 60.000**

VALOR EN LETRAS: **SESENTA MIL PESOS**	Subtotal	$ 60.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	**$ 60.000**

	NOMBRE Bco.	**TIPO CUENTA**	**CUENTA No.**	**24040092313**
POR FAVOR	**BANCO CAJA SOCIAL**	**AHORROS**		
		ACEPTO:	Edismelda Peña P.	

Calle. 24D # 40-29 Bogotá D.C. * Celular: 317 6460751
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CLINICA MEDILASER S.A.S

813001952-0

REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: F500FFCC5D **Fecha Historia:** 20/08/2025 10:34:22 a. m. **# Autorización:** 265808489
Fecha ingreso: 20/08/2025 9:27:01 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general
Identificación: 1053350156 **Nombres:** ROBINSON **Apellidos:** MRTINEZ COCA
Número de folio: 1 **Ubicación:** UAE AMBULATORIA CLINICA MEDILASER SAS - UAE CONSULTA ESPECIALIZADA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MRTINEZ COCA
Nombres: ROBINSON
Dirección: CRA 16 N 17 D 16 - CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA - BOYACA - Colombia
Teléfono: 3223665434 - 3107976379
Entidad responsable: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A
Segurad social: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Tipo documento: CC **Número:** 1053350156
Edad: 26 Años 09 Meses 03 Dias (17/11/1998)
Sexo: MASCULINO
Grupo: O **RH:** Positivo
Tipo afiliado: NO APLICA
Estado civil: SOLTERO
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: CONTROL POR ESCOLIOSIS

Enfermedad Actual: INGRESA ACOMPAÑADO POR MADRE SUSTITUTA DEL ICBF DESDE EL AÑO DE EDAD, SE TRATA DE PACIENTE DE 26 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCOLIOSIS, SINDROME PRUNE BELLY, MONORENAL, CON ÚNICO PULMÓN, QUIEN ASISTE A CONTROL POR ESCOLIOSIS CON RESULTADO DE RX DE COLUMNA

NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS O ALIMENTARIAS.
NIEGA CIRUGÍAS.
NO ESTÁ EN MANEJO FARMACOLÓGICO EN EL MOMENTO.

TRAE RESULTADOS DE
- 12/06/25: RX PANORÁMICA DE COLUMNA: ESCOLIOSIS SEVERA DE CONVEXIDAD TORÁXICA IZQUIERDA CON CURVA COMPENSATORIA LUMBAR DERECHA. CONMENZANDO EN T4 Y TERMINANDO EN L3. NO HAY EVIDENCIA DE FRACTURAS NI OTRAS LESIONES ÓSEAS. DISMINUCIÓN DE LOS ESPACIOS INTERVERTEBRALES TORACOLUMBARES. NO SIGNOS DE LISIS NI LISTESIS. DENSIDAD MINERAL ÓSEA CONSERVADA.

EXAMEN FÍSICO: ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15. LENGUAJE CONSERVADO. PARES CRANEALES NORMALES. IMPLANTACIÓN BAJA DE OREJAS. DEFORMIDAD SEVERA EN COLUMNA TORACOABDOMINAL. PIEL REDUNDANTE EN ABDOMEN. FM CONSERVADA EN 4 EXTREMIDADES. LEVE HIPERREFLEXIA EN MIEMBROS INFERIORES.

IDX:
ESCOLIOSIS SEVERA.

ANTECEDENTES

Médicos: -- No Refiere --
Oftalmológicos: -- No Refiere --
Quirúrgicos: -- No Refiere --
Transfusionales: -- No Refiere --
Inmunológicos: -- No Refiere --
Alérgicos: -- No Refiere --
Traumáticos: -- No Refiere --
Psicológicos: -- No Refiere --
Farmacológicos: -- No Refiere --
Familiares: -- No Refiere --
Tóxicos: -- No Refiere --
Hábitos de vida: -- No Refiere --
Escolares: -- No Refiere --

Profesional: CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Tarjeta Prof. # 1314502

Identificación: 1053350156
Nombre: ROBINSON
Apellido: MRTINEZ COCA

Powered by CamScanner

ales: -- No Refiere --
Nutricionales: -- No Refiere --
Odontológicos: -- No Refiere --
Socioeconómicos: -- No Refiere --
Otros: -- No Refiere --

REVISIÓN POR SISTEMAS

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial :	110/70 mmHg	**Frecuencia respiratoria :**	20 respiraciones/min	**Temperatura :**	37 °C
Presión arterial media :	83,33 mmHg	**Frecuencia cardíaca :**	70 latidos/min	**SpO2 :**	95%
Perímetro abdominal :	1 cm	**Índice de masa corporal :**	10000 Kg/m²	**Dolor:**	1
Perímetro cefálico :	cm	**Perímetro torácico :**	cm	**Talla:**	1,0 cm
Perímetro braquial :	1,0 cm	**Superficie corporal :**	0,02 m²		
Peso actual:	1,00 KG				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	☑N	☐AN
Ojos:	☑N	☐AN
ORL:	☑N	☐AN
Cuello:	☑N	☐AN
Tórax:	☑N	☐AN
Abdomen:	☑N	☐AN
Genitourinario:	☑N	☐AN
Extremidades:	☑N	☐AN
Neurológica:	☑N	☐AN
Piel:	☑N	☐AN

Observaciones:

1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA		☑

ANÁLISIS

PACIENTE CON ESCOLIOSIS SEVERA SINDROMÁTICA. CON HIPERREFLEXIA EN MS INFERIORES, SIN EMBARGO, CAMINA INDEPENDIENTE SIN PARESIAS. NO AMERITA MANEJO QUIRÚRGICO. SE HARÁ SEGUIMIENTO.

PLAN:
CITA CONTROL EN UN AÑO
TERAPIA FÍSICA.

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si ☐ No ☐

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL.	No aplica	12	☐

Profesional:	CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA	**Identificación:**	1053350156
Especialidad:	NEUROCIRUGIA	**Nombre:**	ROBINSON
Tarjeta Prof. #	1314502	**Apellido:**	MRTINEZ COCA

Powered by CamScanner

Fecha Historia: 20/08/2025 10:34:22 a. m. # Autorización: 265808489

08/2025 9:27:01 a. m. Causa de atención: Enfermedad general

053350156 Nombres: ROBINSON Apellidos: MRTINEZ COCA

Folio: 1 Ubicación: UAE AMBULATORIA CLINICA MEDILASER SAS - UAE CONSULTA ESPECIALIZADA

Observaciones: EN COLUMNA.

SERVICIOS DE CONTROL:

Código Servicio	Servicio
890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA.

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 12 Mes(es) con la Especialidad de NEUROCIRUGIA

DESTINO

SALIDA

Profesional: CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Tarjeta Prof. # 1314502

Powered by CamScanner

CLINICA MEDILASER S.A.S

NIT: 813001952-0

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: F500FFCC5D **Fecha Historia:** 20/08/2025 10:34:22 a. m.

Número de Folio: 1 **Ubicación:** UAE AMBULATORIA CLINICA MEDILASER SAS - UAE CONSULTA ESPECIALIZADA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MRTINEZ COCA **Tipo Documento:** CC **Numero:** 1053350156

Nombres: ROBINSON **Edad:** 26 Años 09 Meses 03 Dias (17/11/1998)

Dirección: CRA 16 N 17 D 16 - CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA - BOYACA - Colombia **Sexo biológico:** MASCULINO **Género:** Masculino

Teléfono: 3223665434 - 3107976379 **Tipo Paciente:** SUBSIDIADO

Entidad Responsable: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A **Tipo Afiliado:** NO APLICA

Seguridad Social: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	No aplica	12	☐

Observaciones: EN COLUMNA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA		Confirmado repetido	☑

Profesional: CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA

Profesional: CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Tarjeta Prof. # 1314502

Impreso el 20/08/2025 a las 10:35:25 Por el Usuario RF3 - CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA - TJA
Indigo Vie EHR - Powered By Vie HealtTech - to CLINICA MEDILASER S.A.S Nit: 813001952-0

Powered by CamScanner

CLINICA MEDILASER S.A.S

NIT: 813001952-0

CONTROL CONSULTA EXTERNA

Ingreso: F500FFCC5D
Número de Folio: 1
Fecha Historia: 20/08/2025 10:34:22 a. m.
Ubicación: UAE AMBULATORIA CLINICA MEDILASER SAS - UAE CONSULTA ESPECIALIZADA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MRTINEZ COCA
Nombres: ROBINSON
Dirección: CRA 16 N 17 D 16 - CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA - BOYACA - Colombia
Teléfono: 3223665434 - 3107976379
Entidad Responsable: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A
Seguridad Social: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A

Tipo Documento: CC Numero: 1053350156
Edad: 26 Años 09 Meses 03 Dias (17/11/1998)
Sexo biológico: MASCULINO Género: Masculino
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 12 Mes (es) con la Especialidad de NEUROCIRUGIA

SERVICIOS DE CONTROL

Código	Servicio
890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA		Confirmado repetido	☑

Vigencia: 5

Profesional: CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA

Profesional: CARLOS FERNANDO LOZANO TANGUA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Tarjeta Prof. # 1314502

Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/09/08	2025/09/08

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Edismelda Pena Pena	**No. Producto**	24040092313
No. Identificación	23497528	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	445
No. Producto Origen/Recaudador	251847976	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/09/08	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/09/08	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$60,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212525101N1
Estado	EXT	**Información**	Gastos de eme Agos 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/09/08
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	OUH004K1UU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 28590

Señores	SIERRA VIQUEZ GRISELA
NIT	36.284.795-6
Dirección	CARRERA 18A No. 19A-57 B. Villa Republicana
Teléfono	3107526997
Ciudad	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA
Factura Proveedor	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-08-31	2025-08-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195450200	GRISELA SIERRA- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ		0	.00	160,000.00

Total Bruto	160,000.00
Total a Pagar	**$ 160.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 160.000,00 Cuota 2 P - 003- 28590 Vence el 2025-08-31

VALOR EN LETRAS

Ciento Sesenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Elaborado por

Aprobado por

Recibido por

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :39e762f23ea4a36b0a09e18242896fb830054ccdeb0820492628d76a93e1ea6f94240344d41c147d46749f756df226c4

	REEMBOLSO DE GASTOS	FO-GF-03-07-03
Infancia y Desarrollo		FUMD: 17/01/2019

PROYECTO: Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

FECHA: 31/08/2025

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA - GRISELA SIERRA VIQUEZ

No.	FECHA	NIT/RUT	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	RETENCION	VALOR NETO
1	26/08/2025	800168382-2	NUEVA FLOTA BOYACA S.A	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - BOGOTA CON GISSELLE FABIANA NORATO	56.000		56.000
2	26/08/2025	800168382-2	NUEVA FLOTA BOYACA S.A	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE BOGOTA - CHIQUINQUIRA CON GISSELLE FABIANA NORATO	56.000		56.000
3	26/08/2025	36284795	GRISELA SIERRA VIQUEZ	CUENTA DE COBRO VIATICOS	100.000		100.000
4	30/08/2025	800.232.795	TRANSPORTES LA VERDE S.A	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON GISBELLY NAHOMYT FARIAS NORATO	19.000		19.000
5	30/08/2025	800.232.795	TRANSPORTES LA VERDE S.A	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON GISBELLY NAHOMYT FARIAS NORATO	19.000		19.000
6	30/08/2025	820001359-8	TRANSPINO	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON GISBELLY NAHOMYT FARIAS NORATO	19.000		19.000
7	30/08/2025	820001359-8	TRANSPINO	GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON GISBELLY NAHOMYT FARIAS NORATO	19.000		19.000
8	30/08/2025	36284795	GRISELA SIERRA VIQUEZ	CUENTA DE COBRO VIATICOS	60.000		60.000
9							0
10							0
11							0
12							0
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
				TOTAL GASTOS	348.000		348.000

Elaborado : _____
Nombre: GRISELA SIERRA VIQUEZ
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

GRISELA SIERRA VIQUEZ
NIT:
36284795

La Suma de: **$ 160.000** **CIENTO SESENTA MIL PESOS**

Por concepto de

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas de la beneficiaria GISSELLE FABIANA NORATO el dia 26/08/2025 de Chiquinquira a Bogotá y con GISBELLY NAHOMYT FARIAS NORATO el dia 30/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.

Fecha:	31/8/2025
Banco	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo de	AHORROS
No cuenta	24129032113

Atentamente

GRISELA SIERRA VIQUEZ
36284795
Departamento Boyacá
Direccion cra 18a # 19a-57
E - mail grisierraviquez@gmail.com
Cel o Tel 3107526997

Manifiesto bajo juramento que SI [ ] NO [X] utilizare costos y deducciones en mis Ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA ***HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025***			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	**GRISELA SIERRA VIQUEZ**			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
36.284.795	**DIRECCION**	**CIUDAD O DPTO**	**CEL O TEL**	FECHA DE ELABORACIÓN
	cra 18a # 19a-57	**Boyacá**	**3107526997**	31/8/2025
CANTIDAD	**CONCEPTO**			VALOR
	VIATICOS Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas de la beneficiaria GISSELLE FABIANA NORATO el dia 26/08/2025 de Chiquinquira a Bogotá y con GISBELLY NAHOMYT FARIAS NORATO el dia 30/08/2025 de Chiquinquira a Tunja.			$ 160.000

VALOR EN LETRAS:	**CIENTO SESENTA MIL PESOS**	Subtotal	$ 160.000
		Rte Renta	$ 0
		Rete Fuente	$ 0
		Rete Ica	$ 0
		Descuentos CID	
		Total a Pagar	$ 160.000

	NOMBRE Bco.	**TIPO CUENTA**	**CUENTA No.**	
POR FAVOR	BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS		24129032113
		ACEPTO:		

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

HOGARES SUSTITUTOS 15004032025

L - 300 - 110

Señores	NUEVA FLOTA BOYACA S.A.		
NIT	800,168,382 - 2	**Teléfono**	7262556
Dirección	CHIQUINQUIRA TERMINAL DE TRANSPORTES	**Ciudad**	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA

Fecha Comprobante

2025-08-26

Código	DescripcionLargaProducto	NIT	C.C	Detalle	Valor
5195450200	FLOTA BOYACA-TIQ 3981 GASTO EMERGE AGOS CHIQ	800,168,382	257 - 7		56.000,000
5195450200	FLOTA BOYACA-TIQ 8235 GASTO EMERGE AGOS CHIQ	800,168,382	257 - 7		56.000,000
5195450200	TRANSP LA VERDE-TIQ 7875 GASTO EMERG AGOS CHIQ	800,232,795	257 - 7		19.000,000
5195450200	TRANSP LA VERDE-TIQ 7876 GASTO EMERG AGOS CHIQ	800,232,795	257 - 7		19.000,000
5195450200	TRANSP PINO-TIQ 281GASTO EMNERGENCIA AGO CHIQ	820,001,359	257 - 7		19.000,000
5195450200	TRANSP PINO-TIQ 281GASTO EMNERGENCIA AGO CHIQ	820,001,359	257 - 7		19.000,000
2335950200	GRISELA SIERRA- GASTO EMERGENCIA AGOSTO CHIQ	36,284,795	257 - 1	Comp:L-300-00000000110,VTO: 1,F.VTO:2025/08/26	-188.000,000

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

Nueva Flota Boyacá S.A.

Vigilado SuperTransporte

TIQUETE DE VIAJE

HORA IMP: 2025-08-26 18:55:25

NUEVA FLOTA BOYACA S.A.
800168382-2

DIRECCION: 0
FECHA VIAJE: 2025-08-26 18:55:00
Nº TIQUET: 1116364-153981
SERVICIO: BASICO
VALOR TIQUETE: 28.000
VALOR TOTAL: 56.000
PLACA: NoINT:
SMQ125 **1283**
BAHIA Nº: **BAHIA: 09**
POLIZA RCC: 1000626
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
POLIZA RCE: 1001312
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
-------PASAJERO---------
IDENTIFICACION: NIT:830082544
NOMBRE:
COPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
ORIGEN: BOGOTA NORTE
DESTINO: **CHIQUINQUIRA**
CANT:2 PUESTOS:LIBRE
FELIZ VIAJE

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
NFB 483910

CUFE:e00918660b0e2ff57870f2c281edc18f99538f4cc372f019a6a39028d0dfe34b9b4cd58378cce9c91513c37a468399b4

Nueva Flota Boyacá S.A.

Vigilado SuperTransporte

TIQUETE DE VIAJE

HORA IMP: 2025-08-26 07:07:06

NUEVA FLOTA BOYACA S.A.
800168382-2

DIRECCION: 0
FECHA VIAJE: 2025-08-26 06:54:00
Nº TIQUET: 1115181-118235
SERVICIO: BASICO
VALOR TIQUETE: 28.000
VALOR TOTAL: 56.000
PLACA: NoINT:
TSV547 **915**
BAHIA Nº:
POLIZA RCC: 1000626
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
POLIZA RCE: 1001312
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
-------PASAJERO---------
IDENTIFICACION: NIT:8300825447
NOMBRE:
Corporacion INFANCIA Y Desarrollo
ORIGEN: CHIQUINQUIRA
DESTINO: **BOGOTA**
CANT:2 PUESTOS:LIBRE
FELIZ VIAJE

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
NFB 482731

CUFE:31d3f5eee8aeab14a1ec76e97e98049c125d449d44a9dfb0a9dfc2ace5114752518d4f733b39164382af3835ca5a2525

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: 853B17A4B4 Fecha Historia: 26/08/2025 4:39:17 p. m. # Autorización: 270745120
Fecha ingreso: 26/08/2025 2:52:35 p. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 15109A0002 Nombres: GISELLE FABIANA Apellidos: NORATO
Número de folio: 4 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: NORATO
Nombres: GISELLE FABIANA
Dirección: CHIQUINQUIRA - CHIQUINQUIRA - CENTRO - CHIQUINQUIRA - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3107526997 - 3107526997
Entidad responsable: NUEVA EPS S.A.
Segurad social: NUEVA EPS S.A.
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: ME Número: 15109A0002
Edad: 04 Años 02 Meses 30 Dias (27/05/2021)
Sexo biológico: FEMENINO Género: Femenino
Grupo: RH: !!
Tipo afiliado: NO APLICA
Estado civil: SOLTERA
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta:

CONSULTA DE GENETICA
PRIMERA VEZ
4 AÑOS
N DE VENEZUELA. P DE CHIQUINQUIRA BOYACA
MENOR BAJO PROTECCION DE ICBF DESDE SEP DE 2024 DESDE ENTONCES CON ACTUAL MADRE SUSITUTA. GRISELA SIERRA VIQUES. 49 AÑOS. CC36284795

Enfermedad Actual:

REMITIDA POR PEDIATRIA
HIPERAMONEMIA 106.1 (18.7-86.9) MUESTRA TOMADA CON TORNIQUETE TOMADA EN CHIQUINQUIRA Y PROCESADA EN BOGOTÁ-
VALORACION POR NEUROPEDIATRIA POR HISTORIA DE EPILEPSIA DESDE LOS 8 MESES DE EDAD. DESDE EL 19/09/2024 ESTÁ EN EL HOGAR DE LA SEÑORA GRISELDA QUIl REFEIRE EPISODIOS DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: EN VIGILIA, LE REFIERE DOLOR ABDOMINAL, PÁLIDEZ GENERALIZADA, MIRADA DISARTRIA Y AUMENOT DE TONO MANDIBULAR. AUMENTO DE TONO EN HEMICUERPO DERECHO.SEGUNDOS.DE DURACIÓN. FRECUENCÍA DE 2 VECES/MES.

EN TTO CON OXCARBACEPINA ULTIMO EPISODIO CONVULSIVO HACE 20 DIAS, POR DIFICULTADES EN LA CONSECUSION DEL MEDICAMENTO

NUTRICIÓN
ASISTE A TERAPIAS OCUPACIONAL Y DE LENGUAJE

MENOR BAJO PROTECCION JUNTO CONN SU HERMANA DE 6 AÑOS.
MADRE VISITA A LA MENOR CADA 8-15 DIAS.

ANTECEDNETE DE EMBARZO GEMELAR, GEMELO FALLECIDO POSTERIOR AL NACIMIENTO. INTERNACIÓN EN NEONATOLOGÍA DURANTE 10 DÍAS. REFIERE QUE NACIO CON FONTANELA ANTERIOR CERRADA.PRESENTÓ EPISODIOS CONVULSIVOS A LOS 8 MESES.
RECIBIO MEDICAMENTE POR TIEMPO NO CLARO CON ACIDO VALPROICO POR UNN AÑO APROX MADRE DECIDE SUSPENDERLO.

NEURODESARROLLO, LA MADRE BIOLOGICA REFIERE A LA CUIDADORA QUE HA ADQUIRIDO PAUTAS ACORDE A EDAD.
ACTUALMENTE CAMINA Y CORRE ADECUADAMENTE
SUEB Y BAJA ESCALERAS
NO SE CAE CON FACILIDAD
ALTERACION DEL LENGUAJE AL LLEGAR AL HOGAR NO SE LE ENTENDIA NADA HA MEJORADO EL LENGUAJE-
HACE UNA NARRACION CANTA
ESCOLARIZADA EN JARDIN
SOCIALIZA CON PARES. ES BRUSCA CON LOS COMPAÑEROS.
AL LLEGAR AL HOGAR SUSTITUTO CONTROLABA ESFINTERES-

Profesional: LUZ YAQUELINE LADINO CORTES
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tarjeta Prof. # 52435467

Identificación: 15109A0002
Nombre: GISELLE FABIANA
Apellido: NORATO

PARACLINICOS
* RM DE CEREBRO DEL 27/04/2025 REALIZADA EN HOMI, ÁREAS DE HIPERINTENSIDAD MAL DEFINE ADYACENTES AL CUERNO POSTERIOR DE VL IZQUIERDO.
* EEG DEL 19/02/2025 EN HURST: SIN ACTIVIDAD EPILEPTIFORME.
* LABORATORIO DE 30/01/2025: HEMOGRAMA SI ANEMIA, LINEAS CELUALRES ROAMLES EN NÚMERO Y TAMAÑO. AMONIO: 106= NORMAL. GLUCOSA: 83.7/CREATINI0.48. - GASES VENOSOS: PH: 7.36. PCO2:34/ HCO3:19.2.

RX SISTEMAS
ADECUADA AGUDEA VISUAL Y AUDITIVAS
CONCILIA SATISFACTORIAMENTE EL SUEÑO NO RONQUIDO
ADECUADA INGESTA DE ALIMENTOS MASTICA Y DEGLUTE ADECUADAMENTE
DIURESIS NORMAL
DEPOSICION HABITO INTESTINAL DIARIO
SE BAÑA Y VISTE SUPERVISADA

INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS CONCIENTE ALERTA
Peso 14.7 kg (<1P, -3.25z)[1]; Talla 100 cm (<1P, -3.30z)[1]; IMC 14.7 kg/m² (28P, -0.59z)[1]; Peso/Talla 14.7 (25P, -0.69z)[1]; 1) CDC 2000; Circunferencia cefálica 45.5 cm (<1P, -5.21z
CARA SIMETRICA PABELLONES AURICULARES NORMOIMPLANTADOS
CUELLO SIMETRICO
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS
ABD BLANDO DEPRESIBLE NO MEGALIAS
GENITALES NO SE EXPLORA
EXT SIMETRICAS ADECUADOS PLIEGUES PALMARES
NEU CONCIENTE ALERTA ADECUADA CONDUCTA VISUAL E INTERACCIÓN, PARES CRANEALES CONSERVADOS, TONO Y TROFISMO NORMAL. FM:5/5 EN CUATRO EXTREMIDADES. ROT:2/4 EN CUATRO EXTREMIDADES.
NO SIGNOS PIRAMIDALES. ADECUDAA MARCHA SIGUE INSTRUCCIONES
SALTA CON AMBOS PIES SIN DIFICULTAL PARA EN UNO Y TRO PIE SIN DIFICULTAD.

PACIENTE FEMENINA DE 4 AÑOS DE EDAD , SE DESCONOCEN ANTECEDENTES FAMILIARES. BAJO PORTECCIÓN DE ICBF POR NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RIESGO NEUROLÓGICO DADO P EMBARZO GEMELAR, GEMELO FALLECIDO, NACE PREMATURA (7 MESES) SE DESCONOCE SEMANAS DE GESTACIÓN EXACTA EN EL MOMENTO DE NACIMIENTO.
PRESENTA MICROCEFALIA
EN CONTEXTO DE ADECUADO DESARROLLO MOTOR ALTRACION LEVE EN DESARROLLO DEL LENGUAJE QUE HA MEJORADO ADECUADA SOCIALIZACION.
EN SEGUIMIENTO POR NERUPEDIATRIA CONSIDERA INICIO DE CRISIS CONVULSIVAS DESDE LOS 8 MESES DE EDAD EN EEG REALIZADO EN FEBÉRO DE 2025, ETIOLOGÍA PROBABLEMTNE ESTRUTURAL POR EVIDENCIA EN RM DE CEREBRO REALIZA EN HOMI QUE INFORMA ÁREAS DE HIPERINTENSIDAD MAL DEFINIDAS ADYACENTES AL CUERNO POSTERIOR DE VL IZQUIERDO . LAS CRISIS REFERIDAS POR LA CUIDADORA SE CORRELACIONAN CON LA LÉSIÓN DESCRITA DEBIDO A QUE PRESENTÀ CRISIS FOCL EN HEMICUERPO DERECHO. CON UNA FRECUENCIA DE 2 EPISODIOS POR SEMANA.
INDICO TRATMIENTO CON OXCARBAZEPINA. SOLICITO VEEG.
AL EXAMEN
SE CONSIDERA AMPLIAR ESTUDIO CON
ECOCARDIOGRAMA
ECOABDOMINAL TOTAL
EN RELACION AL AMONIO FUE REALIZADO EN CONDICIONES SUBOPTIMAS
CONTROL CON RESULTADOS.

ANTECEDENTES

Médicos:	-- No Refiere --
Oftalmológicos:	-- No Refiere --
Quirúrgicos:	-- No Refiere --
Transfusionales:	-- No Refiere --
Inmunológicos:	-- No Refiere --
Alérgicos:	-- No Refiere --

Traumáticos:	-- No Refiere --
Psicológicos:	-- No Refiere --
Farmacológicos:	-- No Refiere --
Familiares:	-- No Refiere --
Tóxicos:	-- No Refiere --
Hábitos de vida:	-- No Refiere --
Escolares:	-- No Refiere --
Laborales:	-- No Refiere --
Nutricionales:	-- No Refiere --
Odontológicos:	-- No Refiere --
Socioeconómicos:	-- No Refiere --
Otros:	-- No Refiere --

REVISIÓN POR SISTEMAS

..

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial :	110/54 mmHg	Frecuencia respiratoria :	24 respiraciones/min	Temperatura :	36.5 °C
Presión arterial media :	72,67 mmHg	Frecuencia cardíaca :	95 latidos/min	SpO2 :	92%
Perímetro abdominal :	1 cm	Índice de masa corporal :	14,70 Kg/m²	Dolor:	0
Perímetro cefàlico :	46 cm	Perimetro torácico :	1 cm	Talla:	100,0 cm
Perímetro braquial :	1,0 cm	Superficie corporal :	0,63 m²		
Peso actual:	14,70 KG				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	☑N	☐AN
Ojos:	☑N	☐AN
ORL:	☑N	☐AN
Cuello:	☑N	☐AN
Tórax:	☑N	☐AN
Abdomen:	☑N	☐AN
Genitourinario:	☑N	☐AN
Extremidades:	☑N	☐AN
Neurológica:	☑N	☐AN
Piel:	☑N	☐AN

Observaciones:

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla:	>=-1 a <=+1 / Peso adecuado para la talla.
Peso para la Edad:	>=-1 a <=+1 / Peso adecuado para la edad.
Perimetro Cefálico:	<-2 / Factor de riesgo para el neurodesarrollo.
Talla para la Edad:	>=-1 / Talla adecuada para la edad.
Indice Masa Corporal:	<=+1 / No aplica (Verificar con P/T)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal

Profesional: LUZ YAQUELINE LADINO CORTES
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tarjeta Prof. # 52435467

Identificación: 15109A0002
Nombre: GISELLE FABIANA
Apellido: NORATO

G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido ☑
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido ☐
Q02X	MICROCEFALIA	Confirmado repetido ☐

ESCALAS DE SALUD

ESCALA (NRS) NUMÉRICA DEL DOLOR

Puntaje total : 0 puntos Interpretación : Sin dolor

ANÁLISIS

...

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si ☐ No ☐

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

IMAGENES DX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Lateralidad	Fecha sugerida toma	Cantidad
881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL.	No Aplica	26/08/2025 4:38:00 p. m.	1

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO.	No aplica	1	☐

SERVICIOS DE CONTROL:

Código Servicio	Servicio
890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA.

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad
890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA.	1

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 6 Mes(es) con la Especialidad de GENETICA HUMANA

DESTINO

SALIDA

CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - OTROS

PESO PARA LA TALLA

Interpretación: >=-1 a <=+1 / Peso adecuado para la talla.