Neiva, 05 de mayo de 2026

Radicado No 202647005000062192

BUZON CORRESPONDENCIA CENTRO ZONAL LA GAITANA
ICBF Regional Huila
CARRERA 10 No 6 A – 37 Barrio Altico
Neiva - Huila
TELEFONO 608 8604700 – EXT 839025
www.icbf.gov.co
Clasificación de la información: CLASIFICADA

Doctora
ANDREA CAMILA BRIÑEZ VELASQUEZ
Coordinadora
ICBF Centro Zonal La Gaitana - Regional
Neiva

ASUNTO: LEGALIZACION DE ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA (SUBPROYECTO 112)

En cumplimiento de la adición presupuestal C-4102-1500-14-0-4102037-02-112, "Acciones complementarias para la gestión de restablecimientos de derechos y/o administración de justicia" del contrato de Aportes No. 41005932025, suscrito entre la Congregación Siervas de Cristo Sacerdote y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar nos permitimos hacer entrega de los documentos para la legalización de este rubro correspondiente al mes de **ABRIL** de 2026, así:

- ✓ Documento de cobro No. 11
- ✓ Certificado de seguridad social y parafiscales.
- ✓ Documentos Contador
- ✓ Autorización acompañamiento hospitalario correo electrónico
- ✓ Formato autorización acompañamientos firmado por la supervisora del contrato
- ✓ Epicrisis
- ✓ Planillas acompañamiento hospitalario de las usuarias
- ✓ Horas y valor a reconocer por concepto de acompañante a usuario hospitalario
- ✓ Cuenta de cobro de la cuidadora
- ✓ Documento soporte electrónico
- ✓ Autorización compra de gafas usuarias
- ✓ Factura FEOP-916
- ✓ Comprobantes contables- centro de costo
- ✓ Pago

Atentamente,

SOR NELLY MUÑOZ CARREÑO
Representante legal-Apoderada

DOCUMENTO DE COBRO No. 11

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA
NIT 899.999.239-2

DEBE A:

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
NIT: 8600073141

CONTRATO DE APORTES No 41005932025 DEL 27/12/2025

POR CONCEPTO DE: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES Y JOVENES DE 6 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABA EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD/SERVICIO INTERNADO DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF. SERVICIOS DE ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA (SUBPROYECTO 112).

De acuerdo con las **CLAUSULAS CONTRACTUALES ESPECIFICAS DEL CONTRATO DE APORTE: CLAUSULA 4. VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor del aporte efectuado por el ICBF será desembolsado de la siguiente manera: **LA SUMA DE: MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS ($1.434.538) MCTE ,** que corresponde al periodo del **01 AL 30 DE ABRIL** de 2026.

Por favor consignar a la cuenta de ahorros No. 24144701564 del BANCO CAJA SOCIAL.

Neiva, 05 de mayo de 2026

SOR NELLY MUÑOZ CARREÑO
C.C. 37.885.900 de San Gil (Santander

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Nosotros, **NELLY MUÑOZ CARREÑO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 37.885.900 de San Gil (Santander), en mi calidad de Representante legal y **EDILBERTO ZAMORA ESPEJO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.234.513 de Bogotá en mi calidad de Contador de la Institución contratista, CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE-HOGAR SAGRADA FAMILIA, identificada con Nit. 860.007.314-1 manifiesto bajo la gravedad de juramento, que esta entidad ha cumplido, durante los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Aportes Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, Sena e ICBF), correspondiente al periodo del **01 AL 30 DE ABRIL** de 2026, a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), de conformidad con lo establecido en artículo 50 de la Ley 789 de 2002, de acuerdo a las obligaciones de Contrato de Aportes No. 41005932025 firmado el 27/12/2025 suscrito entre la Congregación Siervas de Cristo Sacerdote y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Dado en Neiva, el 01 de mayo 2026.

Atentamente,

SOR NELLY MUÑOZ CARREÑO
C.C. 37.885.900 de San Gil (Santander)
Representante legal – Apoderada

EDILBERTO ZAMORA ESPEJO
C.C. 19.234.513 de Bogotá
Contador Público T.P. 4684-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **EDILBERTO ZAMORA ESPEJO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19234513 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 4684-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO



4684-T

EDILBERTO
ZAMORA ESPEJO
C.C. 19.234.513
RESOLUCION INSCRIPCION 411-T FECHA 9-VI-80
UNIVERSIDAD LIBRE

Presidente

00011936

CARVAJAL P.P. 09-84-20607

Edilberto Zamora E.

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19.234.513
NUMERO
ZAMORA ESPEJO
APELLIDOS
EDILBERTO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
27-ENE-1954
QUIPILE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
06-AGO-1975 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500112-47151141-M-0019234513-20061025
02899 06298A 02 214272461

HORA	VALOR
ORDINARIA DIURNA	$ 6.500,00
ORDINARIA NOCTURNA	$ 8.773,00
DOMINICAL DIURNA	$ 11.373,00
DOMINICAL NOCTURNA	$ 13.648,00

PLANILLA ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MES DE ABRIL 2026 - CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
CONTRATO No 41005932025

DATOS DE LA USUARIA	DATOS DEFENSORIA	DÍA	FECHA	CUIDADOR	HORA INCIO	HORA FIN	# HORAS	VALOR HORA	VALOR A PAGAR
KELLY JOHANA RODRIGUEZ SABOGAL T.I 1081183672 SIM: 232125620	DEFENSORA: CAROLINA OLAYA HORTA	MIERCOLES	01 DE ABRIL DE 2026	MARIA CAMILA CACERES	00:00am	6:00am	6	$ 13.648,00	$ 81.888,00
				LUZ AIDA CAMAYO	6:00am	7:00pm	13	$ 11.373,00	$ 147.849,00
				MARIA CAMILA CACERES	7:00pm	00:00am	5	$ 13.648,00	$ 68.240,00
		JUEVES	02 DE ABRIL DE 2026	LUZ AIDA CAMAYO	00:00am	6:00am	6	$ 13.648,00	$ 81.888,00
INSTITUCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN: CLINICA MEDILASER S.A				MARIA CAMILA CACERES	6:00am	7:00pm	13	$ 11.373,00	$ 147.849,00
					7:00pm	7:30pm	0,5	$ 13.648,00	$ 6.824,00
TOTAL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO ABRIL 2026					**$**		**534.538,00**		

SOR NELLY MUÑOZ CARREÑO
COORDINADORA

Gmail Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>

RV: Solicitud de aprobación pago cuidadora – caso KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL

1 mensaje

Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co> 14 de abril de 2026 a las 5:45 p.m.
Para: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
CC: Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>, comisariadefamilia villavieja-huila <comisariadefamilia@villavieja-huila.gov.co>

Buenas tardes

Sra.
SOR NELLY MUÑOZ CARREÑO
Representante Legal Apoderada
Congregación Sierva de Cristo Sacerdote -Hogar Sagrada Familia.
Cra 1 H No.12-69 Barrio. Loa Martirez
Neiva -Huila

Cordial saludo.

ASUNTO: APROBACIÓN RECURSO RUBRO 112 AUTORIZACION PARA ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, JOVENESY MAYORES DE 18 AÑOS DISCAPACIDAD P13.P

Como supervisora del contrato No. 41005932025 de la Congregación Sierva de Cristo Sacerdote - Hogar Sagrada Familia, la Dra Andrea Camila Briñez Velasquez, informo que es importante dar cumplimiento a los tiempos y al procedimiento de Autorización para Acompañamiento Hospitalario de Niños, Niñas y Adolescentes, jóvenes y mayores de 18 años con discapacidad P13.P, de usuarias vinculados a la modalidad Acogimiento Casa hogar - Internado. Por esta ocasión la Supervisora del contrato en mención, autoriza el pago del recurso por el **RUBRO 112** del acompañamiento permanente de la adolescente KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL, la cual fue trasladada a la Clínica Medilaser por presentar trastorno en la conducta, y fue dejada hospitalizada desde el día 31 de marzo hasta el 2 de abril de 2026.

Es importante tener claridad que cuando suceda estas situaciones de inmediato el operador debe informar, envía el correo el mismo día a la Supervisora del contrato y Autoridad Administrativa competente con el soporte generado por la EPS, para que la Autoridad administrativo solicite a la Supervisora del contrato la autorización del Recurso por el RUBRO 112 para el pago del acompañamiento permanente del usuario hasta que salga de la hospitalización.

Por último, envió los documentos adjuntos: Procedimiento a seguir cuando se requiere de Autorización para Acompañamiento Hospitalario de Niños, Niñas y Adolescentes, jóvenes y mayores de 18 años con discapacidad P13.P – Memorando No. 20242000000004323 de fecha 2024-01-29 Actualización de valores para acompañamiento hospitalario modalidad de Protección.

Cualquier inquietud gusto será atendida.

Cordialmente,

Andrea Camila Briñez Velasquez
Coordinadora
Profesional Universitario
Centro Zonal La Gaitana
ICBF Sede Regional Huila
Carrera 10 No. 6ª-37
Teléfono: 601 4377630 Ext. 839000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
Enviado: martes, 14 de abril de 2026 09:42
Para: Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>
Asunto: Fwd: Solicitud de aprobación pago cuidadora – caso KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL

Buen día, doctora Yaneth

Enviamos la solicitud que se realizó frente al acompañamiento hospitalario de la usuaria KELLY JOHANA RODRIGUEZ, frente a la autorización del pago de esta.

Agradecemos su gestión, quedamos atentos a cualquier novedad.

Atentamente,

Hogar Sagrada Familia Neiva
Siervas de Cristo Sacerdote
Carrera 1H No 12-69 Barrio los Mártires
Teléfono 608 8667370

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

---------- Forwarded message ---------
De: **Sagrada Familia Neiva** <hsfneiva@gmail.com>
Date: vie, 10 abr 2026 a la(s) 7:50 a.m.
Subject: Re: Solicitud de aprobación pago cuidadora – caso KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL
To: comisariadefamilia villavieja-huila <comisariadefamilia@villavieja-huila.gov.co>

Doctora
CAROLINA OLAYA HORTA

Cordial saludo.

De manera atenta, y en el marco del caso de la adolescente KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL, me permito informar que, conforme a la situación previamente reportada, la menor requirió acompañamiento permanente durante su proceso de hospitalización en el servicio de urgencias de pediatría de la Clínica Medilaser.

En su momento, se puso en conocimiento que la adolescente, de 11 años de edad, permanecería hospitalizada debido a su remisión al servicio de salud mental (Junior), lo cual hacía indispensable garantizar el servicio de cuidadora durante su estancia intrahospitalaria, en atención a su edad y condición.

En atención a la respuesta emitida por la supervisora del contrato, de manera comedida solicito a usted como Comisaría de Familia del municipio de Villavieja, quien tiene a su cargo la adolescente en el proceso de restablecimiento de derecho, realizar la solicitud formal a la supervisora del contrato doctora Camila Andrea Briñez Velásquez para la aprobación del pago correspondiente al servicio de acompañamiento brindado a la adolescente, el cual se llevó a cabo desde el día 31 de marzo hasta el 2 de abril de 2026.

Lo anterior, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento establecido y garantizar el reconocimiento del servicio prestado durante el periodo indicado.

Agradezco su atención y colaboración.

Sor Nelly Muñoz Carreño

Coordinadora

Hogar Sagrada Familia Neiva
Siervas de Cristo Sacerdote
Carrera 1H No 12-69 Barrio los Mártires
Teléfono 608 8667370

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

El lun, 6 abr 2026 a la(s) 4:32 p.m., Andrea Camila Brinez Velasquez (Andrea.Brinez@icbf.gov.co) escribió:

> Buenas tardes,
>
> En atención al correo que antecede, me permito informar que en el documento adjunto no se identifica la epicrisis o l orden emitida por el médico tratante que indique acompañamiento hospitalario permanente.
>
> Por otra parte, se recuerda que la autorización debe ser solicitada a la autoridad administrativa de la niña, quien a su vez podrá poner el caso en mi conocimiento para que se realice la respectiva autorización, de ser procedente.
>
> Quedo atenta
> Cordialmente,

Andrea Camila Briñez Velasquez
Coordinadora
Profesional Universitario
Centro Zonal La Gaitana
ICBF Sede Regional Huila
Carrera 10 No. 6ª-37
Teléfono: 601 4377630 Ext. 839000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
Enviado: miércoles, 1 de abril de 2026 18:04
Para: Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co>
Cc: Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>
Asunto: Solicitud de aprobación pago cuidadora – caso KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL

Doctora
ANDREA CAMILA BRIÑEZ VELASQUEZ
Supervisora del contrato
Coordinadora del Centro Zonal La Gaitana

Asunto: Solicitud de aprobación pago cuidadora – caso KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL

Respetada supervisora,

Me permito informar que la adolescente KELLY YOHANA RODRÍGUEZ SABOGAL, de 11 años, se encuentra hospitalizada en el servicio de urgencias de pediatría de la Clínica Medilaser desde el día de ayer.

La paciente cuenta con remisión al servicio de salud mental (Junior) a partir del día lunes, por lo cual permanecerá hospitalizada durante el resto de la semana en curso.

Teniendo en cuenta su edad y condición, requiere acompañamiento permanente, razón por la cual se hace necesario garantizar el servicio de cuidadora durante este periodo.

Adjunto certificado médico emitido por la clínica; la epicrisis se remitirá una vez sea entregada por la institución.

En ese sentido, solicito respetuosamente su aprobación para el pago de la cuidadora correspondiente a los días de hospitalización.

Cordialmente,

Sor Nelly Muñoz Carreño

Coordinadora

Hogar Sagrada Familia Neiva
Siervas de Cristo Sacerdote
Carrera 1H No 12-69 Barrio los Mártires
Teléfono 608 8667370

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

2 archivos adjuntos

p13.p_procedimiento_autorizacion_aompanamiento_hospitalario_de_nnaj_y_mayores_de_18_anos_con_discapacidad_v2.pdf
319K

20242000000000004323 Actualización valores para acompañamiento hospitalario en las modalidades de Protección(1) (1).pdf
290K

En atención a la solicitud elevada por **CAROLINA OLAYA HORTA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de la niña **KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL** identificado (a) con número de identificación 1081183672 quien se encuentra ubicado(a) en el **HOGAR SAGRADA FAMILIA, SEDE NEIVA** a cargo de **NELLY MUÑOZ CARREÑO,** identificada con cedula de ciudadanía No 37.885.900 de San Gil (Santander).

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL** que será realizado por **MARIA CAMILA CACERES BERMUDEZ**, identificado(a) con cedula **No. 1.003.802.497,** durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la CLINICA MEDILASER SAS en la ciudad de Neiva.

La presente se expide en la ciudad de Neiva a los 01 días del mes de abril del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: **ANDREA CAMILA BRIÑEZ VELASQUEZ**

Cargo: Coordinadora Centro Zonal la Gaitana

En atención a la solicitud elevada por **CAROLINA OLAYA HORTA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de la niña **KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL** identificado (a) con número de identificación 1081183672 quien se encuentra ubicado(a) en el **HOGAR SAGRADA FAMILIA, SEDE NEIVA** a cargo de **NELLY MUÑOZ CARREÑO,** identificada con cedula de ciudadanía No 37.885.900 de San Gil (Santander).

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL** que será realizado por **LUZ AIDA CAMAYO FERNANDEZ**, identificado(a) con cedula **No. 104.301.820,** durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la CLINICA MEDILASER SAS en la ciudad de Neiva.

La presente se expide en la ciudad de Neiva a los 01 días del mes de abril del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: **ANDREA CAMILA BRIÑEZ VELASQUEZ**

Cargo: Coordinadora Centro Zonal la Gaitana

Clínica Medilaser®
Somos parte de ti.

Clínica Medilaser S.A.S
Medilaser_s.a.s
Medilaserofical
Clínica Medilaser S.A.S IPS

EL SUSCRITO MÉDICO HOSPITALARIO

DE LA CLÍNICA MEDILASER S.A.S SUCURSAL NEIVA-CENTRO

CERTIFICA

Que el/la paciente KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL con número de identificación 1081183672 ingresó a nuestra institución el 31/03/2026 y actualmente se encuentra hospitalizado en el servicio de URGENCIAS PEDIATRICAS NVA

La presente certificación se expide con el objetivo de presentar a quien interese.

Dada en la ciudad de Neiva el 1/04/2026 4:27:56 p. m.

PEDIATRA- Sucursal Neiva – Sede Centro

Clínica Medilaser S.A.S.

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

CLINICA MEDILASER S.A.S

NIT. 813001952-0

REPORTE DE EPICRISIS

Ingreso: 5907972 **Fecha de Impresión:** jueves, 02 de abril de 2026 7:15 p. m.
Identificación: 1081183672 **Nombres:** KELLY YOHANA **Apellidos:** RODRIGUEZ SABOGAL

DATOS BASICOS

Fecha ingreso: 31/03/2026 3:23:44 p. m.
Servicio ingreso: URGENCIAS PEDIATRICAS NVA
Causa de atención: Enfermedad general
Apellidos: RODRIGUEZ SABOGAL
Nombres: KELLY YOHANA
Dirección: CARRERA 1H N 12 - 69 - LOS MARTIREZ - NEIVA - HUILA - Colombia
Telefono: 3209540836 - 3125538845
Entidad responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.
Profesión: ESTUDIANTE SECUNDARIA
Fecha nacimiento: 7/06/2014 12:00:00 a. m.

Fecha egreso: No aplica
Servicio egreso:
Tipo documento: TI **Número:** 1081183672
Edad: 11 Años 09 Meses 24 Dias (7/06/2014)
Sexo: FEMENINO
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Tipo afiliado: NO APLICA
Estado civil: SOLTERA
Grupo étnico: NO SABE / NO INFORMA / NO APLICA
Seguridad social: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Codigo CIE10 F411

Diagnóstico TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN

2/04/2026 11:49:40 a. m.

Último análisis: PEDIATRIA

ACOMPAÑANTE: CUIDADORA
PROCEDENCIA: HOGAR SANGRADA FAMILIA

MC: DERIVADA POR PSICOLOGIA ICBF POR LESIONES CUTTING / PENSAMIENTO DE AUTOELIMINACION
EA: PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD, BAJO CUSTODIA DEL ICBF, PERMANCE EN HOGAR SAGRADA FAMILIA, TIENE ANTECEDENTE DE TRASTORNO COGNITIVO + RETRASO MENTAL LEVE + TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR PSIQUIATRIA INFANTIL, RECIBE MANEJO FARMACOLOGICO CON RISPERIDONA + ESCITALOPRAM, INGRESA AL SERVICIO EN COMPAÑIA DE PSICOLOGIA DE ICBF DADO POR CUADRO CLINICO QUE OCURRE EL EL 31.03.26 SOBRE LAS 9+00 CONSISTENTE EN AUTOLESIONES CON UNA BALDOSA A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, YA CON EVENTOS PREVIOS, IGUALMENTE MENOR COMENTA TENER EN OCASIONES IDEAS DE AUTOELIMINACION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. INGRESAN PARA ABORDAJE INTEGRAL

ANTECEDENTES:
PATOLOGICOS: TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA, RETRASO MENTAL LEVE, DEFICIT COGNITIVO.
ALERGICOS: NOREFIERE.
QUIRURGICOS: NO REFIERE.
MEDICAMENTOS: RISPERIDONA 3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 7 GOTAS EN LA NOCHE / ESCITALOPRAM 10MG VO EN LA MAÑANA.

AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL HIDRATADO NO ASPECTO TOXICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE BAJO GASTO
SIGNOS VITALES: TA: 105/66 MMHG FC 75 LPM FR 24 RPM SATO2: 96% AMBIENTE T 36.5°C
PESO: 57.7 KG TALLA: 152 CM
BALANCE HIDRICO: DIURESIS PRESENTE
CABEZA: NORMOCEFALO, NO LESIONES. MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, RINOSCOPIA NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, OROFARINGE SIN LESIONES
CUELLO: MOVIL SIN ADENOPATIAS
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: EUTROFICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS, DELTA TERMICO NEGATIVO
NEUROLOGICO: ALERTA COLABORADORA, ESTABLECE CONTACTO VERBAL Y SIVUAL, SIMETRIA FACIAL, UVULA

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

Y LENGUA CENTRAL, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, RMT ++/++++, NO SIGNOS MENINGEOS, EUQUINETICO
DISPROSEXICO PENSAMIENTO PRECARIO COHERENTE INTROSPECCION PROSPECCION NULA
PIEL: LESIONES TIPO CUTTING EN ANTEBRAZO IZQUIEDO

DX
TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA
TRASTORNO COGNITIVO + RETRASO MENTAL LEVE

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD, BAJO CUSTODIA DEL ICBF, PERMANCE EN HOGAR SAGRADA FAMILIA, TIENE ANTECEDENTE DE TRASTORNO COGNITIVO + RETRASO MENTAL LEVE + TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR PSIQUIATRIA INFANTIL, RECIBE MANEJO FARMACOLOGICO CON RISPERIDONA + ESCITALOPRAM, INGRESA AL SERVICIO EN COMPAÑIA DE PSICOLOGIA DE ICBF DADO POR CUADRO CLINICO QUE OCURRE EL EL 31.03.26 SOBRE LAS 9+00 CONSISTENTE EN AUTOLESIONES CON UNA BALDOSA A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, YA CON EVENTOS PREVIOS, IGUALMENTE MENOR COMENTA TENER EN OCASIONES IDEAS DE AUTOELIMINACION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. INGRESAN PARA ABORDAJE INTEGRAL. YA ABORDADA POR TRABAJO SOCIAL PSICOLOGIA. EN EL MOMENTO MENOR EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL HIDRATADA NO ASPECTO TOXICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE BAJO GASTO CARDIACO, A LA EXPLORACION LESIONES TIPO CUTTING EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, NO DETERIORO NEUROLOGICO, SE INDICA POR AHORA CONTINUAR MANEJO VIGILANCIA INTRAHOSOIUTALARIA, CUEBNTA CON CONCEPTO POR PSIQUIATRIA QUIE AJUSTA MANEJO E INDICA REMISION A CENRTRO D EUNIDAD MANETAL, , SE EXPLICA CLARAMENTE AACOMPAÑANTE CONDICION CONDUCTA SE ACLARAN DUDAS REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
OBSERVACION PEDIATRIA
REMISION A UNIDAD MENTAL ***
ACOMPAÑANTE PERMANENTE ***
DIETA NORMAL
TAPON VENOSO
SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA
ACOMPAÑANTE PERMENANTE
CONTROL SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS

CONCILIACION MEDICAMENTOSA:
ESCITALOPRAM 10 MG CADA DIA
RISPERIDONA 1 MG CADA NOCHE

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA **Especialidad:** PEDIATRIA

DATOS DE INGRESO

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Paciente femenina en custodia del icbf en compañia de psicologia ingresa en contexto clinico dado por autolesiones a nivel de antebrazo izquierdo.

Enfermedad actual: Paciente femenina de 11 años de edad con antecedente de trastorno cognitivo, retraso mental leve, trastorno de ansiedad generalizado en seguimiento ambulatorio por psiquiatria infantil con medicacion farmacologica, ingresa al servicio en compañia de psicologia de icbf dado por cuadro clinico que ocurre el dia de sobre las 9+00 consistente en autolesiones con una baldosa a nivel de antebrazo, psicologa refiere no es el primer episodio que ocurre motivo por el cual consulta.

Antecedentes:
Patologicos: trastorno de ansiedad generalizado, retraso mental leve, deficit cognitivo.
Alergicos: norefiere.
Quirurgicos: no refiere.
Medicamentos: risperidona 3 gotas en la mañana y 7 gotas en la noche, escitalopram 10mg vo en la mañana.

ANTECEDENTES GENERALES

Médicos: -- No Refiere --

Oftalmológicos: -- No Refiere --

Quirúrgicos: -- No Refiere --

Transfusionales: -- No Refiere --

Inmunológicos: -- No Refiere --

Alérgicos: -- No Refiere --

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

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:	> Fecha: 13/03/2026 CONCILIACION MEDICAMENTOSA:ESCITALOPRAM , RESPERIDONA GOTAS

REVISION POR SISTEMAS

paciente refiere sentirse triste.

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial :	91/61 mmHg	**Frecuencia cardíaca :**	70 latidos/min	**Temperatura :**	36.1 °C
Presión arterial media :	71,00 mmHg	**Frecuencia respiratoria :**	18 respiraciones/min	**SpO2 :**	99%
Índice de masa corporal :	24,9 Kg/m²	**Superficie corporal :**	1,61 m²	**Peso :**	57,7 kg
Talla :	152, cm				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	☑N	☐AN	
Ojos:	☑N	☐AN	
ORL:	☑N	☐AN	
Cuello:	☑N	☐AN	
Torax:	☑N	☐AN	
Abdomen:	☑N	☐AN	
Genitourinario:	☑N	☐AN	
Extremidades:	☐N	☑AN	simetricas, eutroficas, sin edemas, presencia de lesiones (cutting) a nivel de antebrazo izquierdo.
Neurologica:	☑N	☐AN	
Piel:	☑N	☐AN	

Observaciones:
Paciente en buenas condiciones generales, afebril, sin signos de bajo gasto, sin dificultad respiratoria, sin sirs.

ANALISIS

31/03/2026 3:46:50 p. m.

Paciente femenina de 11 años de edad con antecedentes descritos en contexto clinico conocido. Al momento de la valoracion paciente en buenas condiciones generales, afebril, sin signos de bajo gasto, sin dificultad respiratoria, sin sirs, examen fisico descrito. Considero dado que no es el primer episodio de cutting y que se encuentra en seguimiento psiquiatria infantil debe ingresar para valoracion por psicologia, psiquiatria y trabajo social, de acuerdo a concepto se definira conductas a seguir, se explica a acompañante quien refiere entender y aceptar.

Consultorios
Se solicita concepto por psicologia, trabajo social, psiquiatria.

Profesional: SERGIO ARMANDO MONTAÑA OVIEDO MEDICINA GENERAL

RESUMEN DE EVOLUCIONES

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

1. 1. URGENCIAS PEDIATRICAS NVA

● 31/03/2026 4:49:55 p. m. RESPUESTA A INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL:

PACIENTE DE SEXO FEMENINO CON ONCE AÑOS DE VIDA, DIAGNOSTICOS MEDICO EN HISTORIA CLINICA DE:
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
CUTTING

S/ PACIENTE EN CONTEXTO DE ANSIEDAD

SE ENCONTRO PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FUNCIONARIA DEL HOGAR SAGRADA FAMILIA, ALERTA, ORIENTADA, CON DISPOSICION AL DIALOGO Y QUIEN MEDIANTE ENTREVISTA INFORMAL COMENTO QUE MENOR SE ENCUENTRA BAJO LA MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD DE INTERNACION, BAJO LA CUSTODIA DEL HOGAR SAGRADA FAMILIA (INSTITUCIÓN VINCULADA AL ICBF).

PACIENTE COMENTO CURSAR PRIMERO ELEMENTAL EN MODALIDAD ACELERACION, SE ENCUENTRA BAJO MEDIDA DE PROTECCION DURANTE EL ULTIMO AÑO; NO OSBTANTE, A LOS SEIS AÑOS TAMBIEN ESTUVO EN PROTECCION CON CAMBIO DE MODALIDAD, Y SEGÚN LA JOVEN FUE ELLA QUIEN SOLICITO LA PROTECCION; AGREGO QUE VIVIA EN VILLAVIEJA CON PROGENITOR SEÑOR HERIBERTO RODRIGUEZ CON 65 AÑOS DE VIDA QUIEN LABORA EN CONSTRUCCION, UNICA HIJA DE LA RELACION DEL SEÑOR HERIBERTO CON SEÑORA ANA RITA FARMACODEPENDIENTE AL PARECER PRIVADA DE LA LIBERTAD EN CENTRO CARCELARIO AUSENTE EN LA VIDA DE LA JOVEN, CONTRARIO AL PADRE QUIEN LA VISITA, PARTICIPA EN EL PROCESO.

CON RELACION A MOTIVO DE ATENCION EN LA INSTITUCION, LA JOVEN EXPRESA TRISTEZA Y DESESPERNAZA POR AUSENCIA DE PROGENTIORA PESE A SER AUSENTE. ESTA AUSENCIA HA DERIVADO EN UNA FRAGILIDAD EMOCIONAL SEVERA. SI BIEN LA INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN SATISFACE LAS NECESIDADES BÁSICAS (ALIMENTACIÓN, VIVIENDA Y SALUD), SE IDENTIFICA UNA CARENCIA DE SOPORTE AFECTIVO Y VINCULACIÓN FAMILIAR, LO QUE CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL DE ALTO IMPACTO PARA LA ESTABILIDAD DE LA ADOLESCENTE.

ANTE LOS HALLAZGOS REITERATIVOS DE LA JOVEN, SE PROCEDE A LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA DE EMERGENCIA EN SALUD MENTAL, REALIZANDO UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO INMEDIATO EN CONJUNTO CON EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA.

PACIENTE EN CICLO DE VIDA EN PERIODO DE LA ADOLESCENCIA, FAMILIA CON TIPOLOGIA NO PARENTAL, FRAGIL SITUACION ECONOMICA, DEBILES VINCULOS AFECTIVOS Y CANALES D ECOMUNICACION, ACOMPAÑAMIENTO ACTIVO EN ESTE PROCESO POR PERSONAL DE LA FUNDACION.
SE BRINDÓ CONTENCIÓN SOCIO-EMOCIONAL Y SE REALIZÓ LA RESPECTIVA EDUCACIÓN EN DERECHOS Y DEBERES A LA CUIDADORA INSTITUCIONAL, ENFATIZANDO EN LA NECESIDAD DE UNA VIGILANCIA ESTRICTA 24/7. EL CASO QUEDA EN ESTADO DE PRIORIDAD PARA VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, CON EL FIN DE DEFINIR LA CONDUCTA CLÍNICA, FARMACOLÓGICA Y LA POSIBLE NECESIDAD DE UN TRASLADO A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA.

CIERRE DE INTERVENCION

"

Profesional: SANDRA YANETH POLANCO MONTEALEGRE TRABAJO SOCIAL

● 31/03/2026 4:59:19 p. m. PSICOLOGIA
RESPUESTA A INTERCONSULTA

PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA DE: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

S/ SE SOLICITA ATENCIÓN POR PSICOLOGIA PARA PACIENTE CON ANTECEDENTES DE AUTOLESIONES Y ALTERACION EN SU COMPORTAMIENTO.

O/ AL MOMENTO DEL ABORDAJE LA PACIENTE INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FUNCIONARIA DEL HOGAR SAGRADA FAMILIA EN DONDE LA PACIENTE HABITA HACE AÑO Y MEDIO EN MODALIDAD DE INTERNECIÓN.
AL EXAMEN MENTAL LA PACIENTE ESTA ALERTA, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, AFECTO MODULADO FONDO LABIL, DIALOGO ESCASO, COHERENTE, PENSAMIENTO DE MOMENTO SIN INDEAS INTRUSIVAS O SUCICIDAS, MEMOERIA CONSERVADA, JUCIO DESVIADO POR AFECTIVIDAD.

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

EN LA ENTREVISTA LA CUIDADORA INFORMA QUE LA PACIENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, LABILIDAD AFECTIVA Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS (ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES AUTOINFLIGIDAS CON LAS UÑAS Y AHORA CUTTING). LA MENOR ARGUMENTA QUE ESTAS ULTIMAS LESIONES ESTAN ASOCIADAS A AUSENCIA MATERNA.

DINÁMICA FAMILIAR Y CONTEXTO SOCIAL: MENOR RESIDE EN LA CIUDAD DE NEIVA EN HOGAR SAGRADA FAMILIA BAJO PROTECCIÓN DE BIENESTAR FAMILIAR DESDE HACE AÑO Y MEDIO, DEBIDO A QUE SU MADRE ES AUSENTE, CONSUMIDORA DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS Y AHORA ESTA PRIVADA DE LA LIBERTAD, EN CUANTO A SU PROGENITOR EL SEÑOR: ELIBERTO RODRIGUEZ ROJAS DE 65 AÑOS, QUEIN SE DEDICA A OFICIOS VARIOS.

ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS: PACIENTE EN CONTROL POR PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON RISPERIDONA GOTAS Y ESCITALOPRAM, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, CUTTING E IDEACION SUCIDA DE MOMENTO PASIVA.

A/ SE IDENTIFICA PACIENTE EN ESTAPA DE ADOLESCENCIA TEMPRANA, CON ANTECEDENTES DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CON UN TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, CON UN ALTO COMPONENTE DE DESREGULACIÓN AFECTIVA, LAS AUTOLESIONES FUNCIONAN COMO MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVOS ANTE UN DUELO POR ABANDONO FAMILIAR NO ELABORADO. LA PACIENTE PRESENTA UN PERFIL DE ALTO RIESGO QUE REQUIERE VIGILANCIA ESTRECHA. LA CRONICIDAD DEL CUADRO, EVIDENCIADA POR LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA PREVIA, SUGIERE UNA AGUDIZACIÓN SEVERA VINCULADA A LA CARENCIA DE SOPORTE AFECTIVO PARENTAL.

P/ SE BRINDA CONTENCIÓN EMOCIONAL MEDIANTE VALIDACIÓN DE SENTIMIENTOS Y CONTENCIÓN AFECTIVA INMEDIATA, SE EXPLICAN DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA, SE CARGA SEGUIMIENTO EXTRAMURAL POR PSICOLOGIA, SE RECOMIENDA DEJAR LA PACIENTE EN UN LUGAR VIGILADO PARA EVITAR ABANDONO NO AUTORIZADO DDEL SERVICIO.

SE CIERRA INTERCONSULTA

Profesional: DEICY ALARCON MONTANO PSICOLOGIA

● **31/03/2026 5:59:06 p. m.**

PACIENTE DE 11 AÑOS QUIEN INGRESA DEL HOGAR SAGRADA FAMILIA, CON ANTECEDENTE DE CUTTING EN SEGUIMEINTO POR PSIQUIATRIA EN MANJO RISPERIDONA 3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 7 GOTAS EN LA NOCHE, ESCITALOPRAM 10 MG EN EL DESAYUNO, QUEIN ACUDE POR EPISODIOS DE CUTTING EN ANEBTRAZO OCURRIDO EL DIA DE HOY, SE REVALORA PACINETE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN AGREGADOS PULMONARES, NO MEGALIAS, NO DETERIORO NEUROLOGICO, SE OBSERVA LESIONES EN REGION DE ANTEBRAZO IZQUIERDO DADAS POR CUTTING, DADO LO ANTEIRO SE INGRESA APRA MANEJO MEDICO Y SEGUIMEINTO POR PSIQUIATRIA, MENOR REFIERE " ME HACE FALTA MIMMAMA "

PLAN:
OBSERVACION
DIETA NORMAL
SIN ACCESO VENOSO
ACOMPAÑANTE PERMANANTE
RISPERIDONA GOTAS DAR 3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 7 EN LA NOCHE *** ENFERMERA DE HOGAR CUENTA CON MEDICACION***
ESCITALOPRAM TABLETA 10 MG UNA EN EL DESAYUNO *** ENFERMEDA DE HOGAR CUENTA CON MEDICACION***
PENDIENTE CONCEPTO DE PSIQUIATRIA
CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS

Profesional: MONICA ANDREA GONZALEZ HERRERA MEDICINA GENERAL

● **1/04/2026 11:59:21 a. m.**

PEDIATRIA

ACOMPAÑANTE: CUIDADORA
PROCEDENCIA: HOGAR SANGRADA FAMILIA

MC: DERIVADA POR PSICOLOGIA ICBF POR LESIONES CUTTING / PENSAMIENTO DE AUTOELIMINACION
EA: PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD, BAJO CUSTODIA DEL ICBF, PERMANCE EN HOGAR SAGRADA FAMILIA, TIENE ANTECEDENTE DE TRASTORNO COGNITIVO + RETRASO MENTAL LEVE + TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR PSIQUIATRIA INFANTIL, RECIBE MANEJO FARMACOLOGICO CON RISPERIDONA + ESCITALOPRAM, INGRESA AL SERVICIO

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

EN COMPAÑIA DE PSICOLOGIA DE ICBF DADO POR CUADRO CLINICO QUE OCURRE EL EL 31.03.26 SOBRE LAS 9+00 CONSISTENTE EN AUTOLESIONES CON UNA BALDOSA A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, YA CON EVENTOS PREVIOS, IGUALMENTE MENOR COMENTA TENER EN OCASIONES IDEAS DE AUTOELIMINACION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. INGRESAN PARA ABORDAJE INTEGRAL

ANTECEDENTES:
PATOLOGICOS: TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA, RETRASO MENTAL LEVE, DEFICIT COGNITIVO.
ALERGICOS: NOREFIERE.
QUIRURGICOS: NO REFIERE.
MEDICAMENTOS: RISPERIDONA 3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 7 GOTAS EN LA NOCHE / ESCITALOPRAM 10MG VO EN LA MAÑANA.

AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL HIDRATADO NO ASPECTO TOXICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE BAJO GASTO
SIGNOS VITALES: TA: 105/66 MMHG FC 75 LPM FR 24 RPM SATO2: 96% AMBIENTE T 36.5°C
PESO: 57.7 KG TALLA: 152 CM
BALANCE HIDRICO: DIURESIS PRESENTE
CABEZA: NORMOCEFALO, NO LESIONES. MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, RINOSCOPIA NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, OROFARINGE SIN LESIONES
CUELLO: MOVIL SIN ADENOPATIAS
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: EUTROFICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS, DELTA TERMICO NEGATIVO
NEUROLOGICO: ALERTA COLABORADORA, ESTABLECE CONTACTO VERBAL Y SIVUAL, SIMETRIA FACIAL, UVULA Y LENGUA CENTRAL, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, RMT ++/++++, NO SIGNOS MENINGEOS, EUQUINETICO DISPROSEXICO PENSAMIENTO PRECARIO COHERENTE INTROSPECCION PROSPECCION NULA
PIEL: LESIONES TIPO CUTTING EN ANTEBRAZO IZQUIEDO

DX
TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA
TRASTORNO COGNITIVO + RETRASO MENTAL LEVE

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD, BAJO CUSTODIA DEL ICBF, PERMANCE EN HOGAR SAGRADA FAMILIA, TIENE ANTECEDENTE DE TRASTORNO COGNITIVO + RETRASO MENTAL LEVE + TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR PSIQUIATRIA INFANTIL, RECIBE MANEJO FARMACOLOGICO CON RISPERIDONA + ESCITALOPRAM, INGRESA AL SERVICIO EN COMPAÑIA DE PSICOLOGIA DE ICBF DADO POR CUADRO CLINICO QUE OCURRE EL EL 31.03.26 SOBRE LAS 9+00 CONSISTENTE EN AUTOLESIONES CON UNA BALDOSA A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, YA CON EVENTOS PREVIOS, IGUALMENTE MENOR COMENTA TENER EN OCASIONES IDEAS DE AUTOELIMINACION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. INGRESAN PARA ABORDAJE INTEGRAL. YA ABORDADA POR TRABAJO SOCIAL PSICOLOGIA. EN EL MOMENTO MENOR EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL HIDRATADA NO ASPECTO TOXICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE BAJO GASTO CARDIACO, A LA EXPLORACION LESIONES TIPO CUTTING EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, NO DETERIORO NEUROLOGICO, SE INDICA POR AHORA CONTINUAR MANEJO VIGILANCIA INTRAHOSOIUTALARIA A ESPERA DE CONCEPTO POR PSIQUIATRIA A DEFINIR CONDUCTAS ADICIONALES, SE EXPLICA CLARAMENTE A FAMILIAR CONDICION CONDUCTA SE ACLARAN DUDAS REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
OBSERVACION PEDIATRIA
***ACOMPAÑANTE PERMANENTE
DIETA NORMAL
PTE VALORACION POR PSIQUIATRIA
CONTROL SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS
CONCILIACION MEDICAMENTOSA:
RISPERIDONA 3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 7 GOTAS EN LA NOCHE
ESCITALOPRAM 10MG VO EN LA MAÑANA.

Tipo Estancia: URGENCIAS
Profesional: DIEGO FERNANDO CHIMBACO BONILLA PEDIATRIA

● **1/04/2026 4:07:13 p. m.** PSIQUAITRIA
PACIENTE FEMENINA CON IDX

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

PACIENTE FEMENINA CON IDX
TRASTORNO DE LOS IMPULSOS
TRASTORNO DE LA CONDUCTA

SE ESTA CORTANDO
EXAMEN M ENTAL
PACIENTE ANSIOSA , SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD SIN CONCIENCIA DE SITUACION
HIPOTIMIA , IMPULSIVIDAD , AUTOLESION

SE DECIDE REALIZAR MANEJO DE FORMA INTRAHOSPITRALARIO REMISION A UNIDAD MENTAL

PLAN
REMISION A UNIDAD MENTAL
ESCITALOPRAM 10 MG CADA DIA
RISPERIDONA 1 MG CADA NOCHE

Tipo Estancia: URGENCIAS
Profesional: MIGUEL ALFREDO NAVARRO LAMPREA PSIQUIATRIA

● **1/04/2026 4:33:44 p. m.** ANALISIS: Solicitud de Referencia
'REMISION A UNIDAD MENTAL INDICADA POR PSIQUIATRIA'

Profesional: JUAN CAMILO SAAVEDRA RAMIREZ PEDIATRIA

● **1/04/2026 4:35:06 p. m.** SE ABRE FOLIO PARA CARGAR MEDICAMENTO INDICADO POR PSIQUIATRIA
Tipo Estancia: URGENCIAS
Profesional: JUAN CAMILO SAAVEDRA RAMIREZ PEDIATRIA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE EGRESO

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Confirmación	Principal
F411	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		Confirmado	☑

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INGRESO Y OTROS

CIE10	Diagnóstico	Tipo	Observaciones	Confirmación
F411	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Ingreso		Confirmado

ORDENES MEDICAS

SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Servicios con interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
● 31/03/2026 3:46:50 p. m.	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL.	10	☐

Interpretación: RESPUESTA A INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL: **Folio Inter:** 11

PACIENTE DE SEXO FEMENINO CON ONCE AÑOS DE VIDA, DIAGNOSTICOS MEDICO EN HISTORIA CLINICA DE:
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
CUTTING

S/ PACIENTE EN CONTEXTO DE ANSIEDAD

SE ENCONTRO PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FUNCIONARIA DEL HOGAR SAGRADA FAMILIA, ALERTA, ORIENTADA, CON DISPOSICION AL DIALOGO Y QUIEN MEDIANTE ENTREVISTA INFORMAL COMENTO QUE MENOR SE ENCUENTRA BAJO LA MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD DE INTERNACION, BAJO LA CUSTODIA DEL HOGAR SAGRADA FAMILIA (INSTITUCIÓN VINCULADA AL ICBF).

PACIENTE COMENTO CURSAR PRIMERO ELEMENTAL EN MODALIDAD ACELERACION, SE ENCUENTRA BAJO MEDIDA DE PROTECCION DURANTE EL ULTIMO AÑO; NO OSBTANTE, A LOS SEIS AÑOS TAMBIEN ESTUVO EN PROTECCION CON CAMBIO DE MODALIDAD, Y SEGÚN LA JOVEN FUE ELLA QUIEN SOLICITO LA PROTECCION; AGREGO QUE VIVIA EN VILLAVIEJA CON PROGENITOR SEÑOR HERIBERTO RODRIGUEZ CON 65 AÑOS DE VIDA QUIEN

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

LABORA EN CONSTRUCCION, UNICA HIJA DE LA RELACION DEL SEÑOR HERIBERTO CON SEÑORA ANA RITA FARMACODEPENDIENTE AL PARECER PRIVADA DE LA LIBERTAD EN CENTRO CARCELARIO AUSENTE EN LA VIDA DE LA JOVEN, CONTRARIO AL PADRE QUIEN LA VISITA, PARTICIPA EN EL PROCESO.

CON RELACION A MOTIVO DE ATENCION EN LA INSTITUCION, LA JOVEN EXPRESA TRISTEZA Y DESESPERNAZA POR AUSENCIA DE PROGENTIORA PESE A SER AUSENTE. ESTA AUSENCIA HA DERIVADO EN UNA FRAGILIDAD EMOCIONAL SEVERA. SI BIEN LA INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN SATISFACE LAS NECESIDADES BÁSICAS (ALIMENTACIÓN, VIVIENDA Y SALUD), SE IDENTIFICA UNA CARENCIA DE SOPORTE AFECTIVO Y VINCULACIÓN FAMILIAR, LO QUE CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL DE ALTO IMPACTO PARA LA ESTABILIDAD DE LA ADOLESCENTE.

ANTE LOS HALLAZGOS REITERATIVOS DE LA JOVEN, SE PROCEDE A LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA DE EMERGENCIA EN SALUD MENTAL, REALIZANDO UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO INMEDIATO EN CONJUNTO CON EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA.

PACIENTE EN CICLO DE VIDA EN PERIODO DE LA ADOLESCENCIA, FAMILIA CON TIPOLOGIA NO PARENTAL, FRAGIL SITUACION ECONOMICA, DEBILES VINCULOS AFECTIVOS Y CANALES D ECOMUNICACION, ACOMPAÑAMIENTO ACTIVO EN ESTE PROCESO POR PERSONAL DE LA FUNDACION.
SE BRINDÓ CONTENCIÓN SOCIO-EMOCIONAL Y SE REALIZÓ LA RESPECTIVA EDUCACIÓN EN DERECHOS Y DEBERES A LA CUIDADORA INSTITUCIONAL, ENFATIZANDO EN LA NECESIDAD DE UNA VIGILANCIA ESTRICTA 24/7. EL CASO QUEDA EN ESTADO DE PRIORIDAD PARA VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, CON EL FIN DE DEFINIR LA CONDUCTA CLÍNICA, FARMACOLÓGICA Y LA POSIBLE NECESIDAD DE UN TRASLADO A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA.

CIERRE DE INTERVENCION

"

• 31/03/2026 3:46:50 p. m. INTERCONSULTA POR PSICOLOGA. 10 ☐
Interpretación: PSICOLOGIA **Folio Inter:** 12
RESPUESTA A INTERCONSULTA

PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA DE: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

S/ SE SOLICITA ATENCIÓN POR PSICOLOGIA PARA PACIENTE CON ANTECEDENTES DE AUTOLESIONES Y ALTERACION EN SU COMPORTAMIENTO.

O/ AL MOMENTO DEL ABORDAJE LA PACIENTE INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FUNCIONARIA DEL HOGAR SAGRADA FAMILIA EN DONDE LA PACIENTE HABITA HACE AÑO Y MEDIO EN MODALIDAD DE INTERNECIÓN.
AL EXAMEN MENTAL LA PACIENTE ESTA ALERTA, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, AFECTO MODULADO FONDO LABIL, DIALOGO ESCASO, COHERENTE, PENSAMIENTO DE MOMENTO SIN INDEAS INTRUSIVAS O SUCICIDAS, MEMOERIA CONSERVADA, JUCIO DESVIADO POR AFECTIVIDAD.

EN LA ENTREVISTA LA CUIDADORA INFORMA QUE LA PACIENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, LABILIDAD AFECTIVA Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS (ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES AUTOINFLIGIDAS CON LAS UÑAS Y AHORA CUTTING). LA MENOR ARGUMENTA QUE ESTAS ULTIMAS LESIONES ESTAN ASOCIADAS A AUSENCIA MATERNA.

DINÁMICA FAMILIAR Y CONTEXTO SOCIAL: MENOR RESIDE EN LA CIUDAD DE NEIVA EN HOGAR SAGRADA FAMILIA BAJO PROTECCIÓN DE BIENESTAR FAMILIAR DESDE HACE AÑO Y MEDIO, DEBIDO A QUE SU MADRE ES AUSENTE, CONSUMIDORA DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS Y AHORA ESTA PRIVADA DE LA LIBERTAD, EN CUANTO A SU PROGENITOR EL SEÑOR: ELIBERTO RODRIGUEZ ROJAS DE 65 AÑOS, QUEIN SE DEDICA A OFICIOS VARIOS.

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tarjeta Prof. # 1075265689

Powered by CamScanner

ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS: PACIENTE EN CONTROL POR PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON RISPERIDONA GOTAS Y ESCITALOPRAM, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, CUTTING E IDEACION SUCIDA DE MOMENTO PASIVA.

A/ SE IDENTIFICA PACIENTE EN ESTAPA DE ADOLESCENCIA TEMPRANA, CON ANTECEDENTES DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CON UN TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, CON UN ALTO COMPONENTE DE DESREGULACIÓN AFECTIVA, LAS AUTOLESIONES FUNCIONAN COMO MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVOS ANTE UN DUELO POR ABANDONO FAMILIAR NO ELABORADO. LA PACIENTE PRESENTA UN PERFIL DE ALTO RIESGO QUE REQUIERE VIGILANCIA ESTRECHA. LA CRONICIDAD DEL CUADRO, EVIDENCIADA POR LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA PREVIA, SUGIERE UNA AGUDIZACIÓN SEVERA VINCULADA A LA CARENCIA DE SOPORTE AFECTIVO PARENTAL.

P/ SE BRINDA CONTENCIÓN EMOCIONAL MEDIANTE VALIDACIÓN DE SENTIMIENTOS Y CONTENCIÓN AFECTIVA INMEDIATA, SE EXPLICAN DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA, SE CARGA SEGUIMIENTO EXTRAMURAL POR PSICOLOGIA, SE RECOMIENDA DEJAR LA PACIENTE EN UN LUGAR VIGILADO PARA EVITAR ABANDONO NO AUTORIZADO DDEL SERVICIO.

SE CIERRA INTERCONSULTA

- 31/03/2026 3:46:50 p. m. INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA. 10 ☐

Interpretación: PSIQUAITRIA
PACIENTE FEMENINA CON IDX
TRASTORNO DE LOS IMPULSOS .
TRASTORNO DE LA CONDUCTA

Folio Inter: 15

SE ESTA CORTANDO
EXAMEN M ENTAL
PACIENTE ANSIOSA , SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD SIN CONCIENCIA DE SITUACION
HIPOTIMIA , IMPULSIVIDAD , AUTOLESION

SE DECIDE REALIZAR MANEJO DE FORMA INTRAHOSPITRALARIO REMISION A UNIDAD MENTAL

PLAN
REMISION A UNIDAD MENTAL
ESCITALOPRAM 10 MG CADA DIA
RISPERIDONA 1 MG CADA NOCHE

MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Medicamento	Manejo Extramural
ESCITALOPRAM OXALATO TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 10 MG	☐
RISPERIDONA TABLETA 1 MG	☐

Ma Alejandra Medina L.

Profesional: MARIA ALEJANDRA MEDINA LOSADA
Especialidad: PEDIATRIA
Tar. Profesional # 1075265689

Powered by CamScanner

HORAS Y VALOR A RECONOCER POR CONCEPTO DE ACOMPAÑANTE A USUARIO HOSPITALIZADO.

Nombre del Operador: CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE - HOGAR SAGRADA FAMILIA

Nombre del usuario **KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL**

Fecha de Incio: 31/03/2026 Fecha Salida: 2/04/2026

Hora que inicia el Acompañamiento : 00:00AM Hora que Finaliza: 7:30PM **DÍAS 01 Y 02 DE ABRIL 2026**

Descripción	Días Hospitalizados	Hora y día en que inicia la Hospitalización	Hora y día en que finaliza la hospitalización	Horas reconocidas por ICBF	V/Unitario	V/Total	Nombre de Acompañantes
Horas Diurnas	3	00:00 A.M. DEL 01/04/2026	7:30 P.M. DEL 02/04/2026		$ 6.500	$ 0	**LUZ AIDA CAMAYO FERNANDEZ Y MARIA CAMILA CACERES BERMUDEZ**
Horas Nocturnas					$ 8.773	$ 0	
Horas Diurnas festivas.				26	$ 11.373	$ 295.698	
Horas Noturnas festivas.				17,5	$ 13.648	$ 238.840	
TOTAL VALOR PAGADO						**$ 534.538**	

Sor Ana Ines Rincón Barbosa
Representante Legal - CSCS

Sor Nelly Muñoz Carreño
Coordinadora - Hogar Sagrada Familia

HORA	VALOR
ORDINARIA DIURNA	$ 6.500,00
ORDINARIA NOCTURNA	$ 8.773,00
DOMINICAL DIURNA	$ 11.373,00
DOMINICAL NOCTURNA	$ 13.648,00

PLANILLA ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MES DE MARZO - CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE									
DATOS USUARIA	DATOS CLINICA	DÍA	FECHA	CUIDADOR	HORA INCIO	HORA FIN	# HORAS	VALOR HORA	VALOR A PAGAR
KELLY YOHANA SABOGAL RODRIGUEZ	MEDILASER S.A	MIERCOLES	01 DE ABRIL DE 2026	MARIA CAMILA CACERES	00:00am	6:00am	6	$ 13.648,00	$ 81.888,00
				LUZ AIDA CAMAYO	6:00am	7:00pm	13	$ 11.373,00	$ 147.849,00
				MARIA CAMILA CACERES	7:00pm	00:00am	5	$ 13.648,00	$ 68.240,00
		JUEVES	02 DE ABRIL DE 2026	LUZ AIDA CAMAYO	00:00am	6:00am	6	$ 13.648,00	$ 81.888,00
				MARIA CAMILA CACERES	6:00am	7:00pm	13	$ 11.373,00	$ 147.849,00
					7:00pm	7:30pm	0,5	$ 13.648,00	$ 6.824,00
TOTAL MES DE ABRIL DE 2026									**$ 534.538,00**

ABRIL				
CUIDADOR	VALOR BASE	RETEFUENTE 6%	RETEICA 0.10	TOTAL A PAGAR
LUZ AIDA CAMAYO	$ 229.737,00	$ 13.784,22	$ 22,97	$ 215.929,81
MARIA CAMILA CACERES	$ 304.801,00	$ 18.288,06	$ 30,48	$ 286.482,46
TOTAL A.H	**$ 534.538,00**	**$ 32.072**	**$ 53**	**$ 502.412**

SOR NELLY MUÑOZ CARREÑO
REPRESENTANTE LEGAL-APODERADA

Fecha: 03 de abril de 2026
Yo**, LUZ AIDA CAMAYO FERNANDEZ**
Con el Nit: 1.004.301.820

Manifiesto que la Congregación:
Siervas de Cristo Sacerdote
Nit. 860.007.314-1

CTA CBO No 02

Deben la suma de: DOSCIENTOS VEINTI NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS **($229.737)** MCTE

Por concepto de: Acompañamiento hospitalario a la niña **KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL**, identificada con T.I. 1.081.183.672, durante los días 01 y 02 del mes de abril de 2026

TOTAL $229.737

Atentamente,

LUZ A. CAMAYO.

_____

C.C. 1.004.301.820

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
Nit 860.007.314-1
Calle 12 2 88
Tel: 3162934412
Bogotá - Colombia

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar
No. 16HN 227

Proveedor	LUZ AIDA CAMAYO FERNANDEZ		
Nit	1.004.301.820-0	**Teléfono**	(57) 3223188447
Dirección	Cra 7 #1-2 CA negra	**Ciudad**	Suaza - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-03	2026-04-30

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.
1	Gastos médicos y drogas A.H K.Y.R.S 01 Y 02 de abril de 2026	1.00	215,952.78	6 %	13,784.22

Valor en Letras:
Doscientos quince mil novecientos veintinueve pesos m/cte con ochenta y uno cent.

Condiciones de Pago:
Proveedores HSF Neiva Icbf - Cuota No. 001 vence el 2026-04-30 por $ 215,929.81

Total Bruto	229,737.00
Retefuente 6%	13,784.22
Reteica 0.10 X 1000	22.97
Total a Pagar	215,929.81

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764091100051 aprobado en 20250327 prefijo 16HN desde el número 1 al 300 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 9b102bab2e2ff480956d8c4cb45ab50f7edb9025e8af479f840f9361586f0b123c17554465a448f662d5fcee5b94aaa9

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
NIT 860.007.314-1
Calle 12 2 88
Teléfono: 3162934412
Bogotá - Colombia

COMPROBANTE CONTABLE HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA No.	**CC-116-912**
Fecha de elaboración	2026-04-28

#	Cuenta contable	Tercero	Detalle	Descripción	Centro de costo	Débito	Crédito
1	22050516 - Proveedores HSF NEIVA	LUZ AIDA CAMAYO FERNANDEZ	DS-227 Cuota: 1 Fecha: 30/04/2026	Proveedores HSF NEIVA	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	215,929.81	0.00
2	1120050422 - Hogar Sagrada Familia Neiva 1564	LUZ AIDA CAMAYO FERNANDEZ		Pago A.H K.Y.R.S abril 2026	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	0.00	215,930.00
3	53958101 - Ajuste al peso	LUZ AIDA CAMAYO FERNANDEZ		Ajuste al peso	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	0.19	0.00
					Total	215,930.00	215,930.00

Observaciones

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Maria De jesus Diaz	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	NEIVA	181.51.59.30	Abril 28 de 2026 11:41 am

Número de Transacción: APII6118322731676849

Editor de Lotes

Fecha: Abril 28 de 2026 12:15 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******1564
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	A.H ABRIL K.Y.R.S RUBRO 112
Fecha de Aplicación:	Abril 28 de 2026
Valor del Lote:	$215.930,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	LUZ AIDA CAMAYO FERNAN	CC 1004301820	NEQUI	Cuenta Ahorros	3223188447	$215.930,00	--	CT COBRO 2	A.H K.Y.R.	--

Imprimir Cerrar

Fecha: 03 de abril de 2026
Yo**, MARIA CAMILA CACERES BERMUDEZ**
Con el Nit: 1.003.802.497

Manifiesto que la Congregación:
Siervas de Cristo Sacerdote
Nit. 860.007.314-1

CTA CBO No 01

Deben la suma de: TRECIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS UN PESOS **($304.801)** MCTE

Por concepto de: Acompañamiento hospitalario a la niña **KELLY YOHANA RODRIGUEZ SABOGAL**, identificada con T.I. 1.081.183.672, durante los días 01 y 02 del mes de abril de 2026.

TOTAL $304.801

Atentamente,



_____
C.C. 1.003.802.497

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
Nit 860.007.314-1
Calle 12 2 88
Tel: 3162934412
Bogotá - Colombia

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar
No. 16HN 228

Proveedor	MARIA CAMILA CACERES BERMUDEZ		
Nit	1.003.802.497-0	**Teléfono**	(57) 3214013994
Dirección	CRA 28 #52-19	**Ciudad**	Neiva - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-03	2026-04-30

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.
1	Gastos médicos y drogas A.H K.Y.R.S 01 y 02 del mes de abril de 2026	1.00	286,512.94	6 %	18,288.06

Valor en Letras:
Doscientos ochenta y seis mil cuatrocientos ochenta y dos pesos m/cte con cuarenta y seis cent.

Condiciones de Pago:
Proveedores HSF Neiva Icbf - Cuota No. 001 vence el 2026-04-30 por $ 286,482.46

Total Bruto	304,801.00
Retefuente 6%	18,288.06
Reteica 0.10 X 1000	30.48
Total a Pagar	286,482.46

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764091100051 aprobado en 20250327 prefijo 16HN desde el número 1 al 300 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 06624d6a84aed2832353e16dd55bb5d038693fc5fca2d473b037517410d7707884680fc36c5e3f3aaa29fe8e894d2ddd

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
NIT 860.007.314-1
Calle 12 2 88
Teléfono: 3162934412
Bogotá - Colombia

COMPROBANTE CONTABLE HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA No.	**CC-116-913**
Fecha de elaboración	2026-04-28

#	Cuenta contable	Tercero	Detalle	Descripción	Centro de costo	Débito	Crédito
1	22050516 - Proveedores HSF NEIVA	MARIA CAMILA CACERES BERMUDEZ	DS-228 Cuota: 1 Fecha: 30/04/2026	Proveedores HSF NEIVA	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	286,482.46	0.00
2	1120050422 - Hogar Sagrada Familia Neiva 1564	MARIA CAMILA CACERES BERMUDEZ		Pago A.H K.Y.R.S abril 2026	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	0.00	286,482.00
3	4295810112 - AJUSTE AL PESO-DP	MARIA CAMILA CACERES BERMUDEZ		AJUSTE AL PESO-DP	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	0.00	0.46
					Total	286,482.46	286,482.46

Observaciones

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Maria De jesus Diaz	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	NEIVA	181.51.59.30	Abril 28 de 2026 11:41 am

Número de Transacción: APII6118327406904150

Editor de Lotes

Fecha: Abril 28 de 2026 12:19 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******1564
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	A.H ABRIL K.Y.R.S RUBR 112
Fecha de Aplicación:	Abril 28 de 2026
Valor del Lote:	$286.482,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	MARIA CAMILA CACERES	CC 1003802497	NEQUI	Cuenta Ahorros	3214013994	$286.482,00	--	CT COBRO 1	A.H K.Y.R.	--

Imprimir Cerrar

USUARIAS BENEFICIARAS COMPRA DE GAFAS ABRIL 2026

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE- HOGAR SAGRADA FAMILIA

CONTRATO DE APORTES No 41005932025

No. IDENT	NOMBRE	SIM	FECHA NACIMIENTO	FECHA INGRESO
1.025.542.282	ANGELY DAIAN CASTILLO VARON	232128447	21/07/2009	27/10/2025
1.012.386.125	ANGIE PAOLA ROJAS YEPEZ	232130517	13/02/2010	9/12/2025
1.084.923.984	JULIANA VALENTINA PENCUE RAMIREZ	232127069	12/04/2010	4/08/2025
1.120.505.883	LADY PAOLA MARTINEZ GIRON	232127105	19/05/2015	4/08/2025
1.173.713.348	LUZ ADRIANA BALBUENA MEDINA	232130521	2/11/2011	14/11/2025
1.075.271.367	EMMA ISABELLA CARDENAS ALVARADO	1764906025	26/05/2011	29/01/2026

SOR NELLY MUÑOZ CARREÑO
REPRESENTANTE LEGAL-APODERADA

Gmail

Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>

RV: SOLICITUD AUTORIZACION COMPRA GAFAS

2 mensajes

Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co> 21 de abril de 2026 a las 6:07 p.m.
Para: Lyliana Ome Cano <Lyliana.Ome@icbf.gov.co>
CC: Yirli Marley Rivera Amezquita <Yirli.Rivera@icbf.gov.co>, Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>, Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>

Buenas tardes,

Remito para su autorización al operador para la compra de las gafas por competencia territorial.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Andrea Camila Briñez Velasquez
Coordinadora
Profesional Universitario
Centro Zonal La Gaitana
ICBF Sede Regional Huila
Carrera 10 No. 6ª-37
Teléfono: 601 4377630 Ext. 839000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: comisariadefamilia palermo-huila.gov.co <comisariadefamilia@palermo-huila.gov.co>
Enviado: martes, 21 de abril de 2026 15:40
Para: Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co>
Cc: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
Asunto: Fwd: SOLICITUD AUTORIZACION COMPRA GAFAS

No suele recibir correo electrónico de comisariadefamilia@palermo-huila.gov.co. Por qué es esto importante

Buenas tardes, doctora Andrea Camila coordinadora centro zonal la Gaitana ICBF regional Huila:

Por medio del presente, y en atención a su calidad de supervisora del Contrato No. 41-00-59-32-025, me permito reenviar la solicitud de autorización para la compra de gafas, allegada por parte del Hogar Sagrada Familia de Neiva.

Lo anterior, en relación con las NNA:

- Juliana Valentina Penco Ramírez
- Lady Paola Martínez Girón
- Luz Adriana Balbuena Medina

quienes se encuentran bajo medida de protección en modalidad de internado por parte de la Comisaría de Familia del municipio de Palermo.

Se anexa a la presente la valoración oftalmológica correspondiente, así como las respectivas cotizaciones, con el fin de que se proceda a emitir la autorización requerida.

Agradezco se sirva dar trámite a la presente solicitud, en garantía de los derechos fundamentales de las NNA, especialmente en lo relacionado con su salud visual.

Cordialmente,

Ivonne Ximena Camacho Ramírez
Comisaria de Familia
Municipio de Palermo – Huila

---------- Forwarded message ---------
De: **Sagrada Familia Neiva** <hsfneiva@gmail.com>
Date: sáb, 18 abr 2026 a las 13:29
Subject: SOLICITUD AUTORIZACION COMPRA GAFAS
To: comisariadefamilia palermo-huila.gov.co <comisariadefamilia@palermo-huila.gov.co>
Cc: Andrea Camila Brinez Velasquez <andrea.brinez@icbf.gov.co>, Lyliana Orne Cano <Lyliana.Orne@icbf.gov.co>, Yaneth Milena Munoz Polania <yaneth.munoz@icbf.gov.co>

Asunto: SOLICITUD AUTORIZACION COMPRA GAFAS

IVONNE XIMENA CAMACHO RAMIREZ
COMISARÍA DE PALERMO HUILA
CENTRO ZONAL NEIVA

Cordial saludo,

Asunto: Solicitud de aprobación para adquisición de gafas – recurso de emergencia médica

En el marco del proceso de atención, las siguientes adolescentes fueron valoradas por el servicio de oftalmología, al cual fueron remitidas por el profesional competente. Como resultado de dicha valoración, se formuló la necesidad de uso de gafas como parte de su tratamiento.

Documento Beneficiario	Nombre Beneficiario	Número Peticion SIM	FECHA NACIMIENTO	Fecha Ingreso (mm/dd/aaaa)
1.084.923.984	JULIANA VALENTINA PENCUE RAMIREZ	232127069	12/04/2010	04/08/2025
1.120.505.883	LADY PAOLA MARTINEZ GIRON	232127105	19/05/2015	04/08/2025
1.173.713.348	LUZ ADRIANA BALBUENA MEDINA	232130521	02/11/2011	14/11/2025

Por lo anterior, nos permitimos remitir la presente solicitud a la Comisaría de Familia del municipio de Palermo Huila, así como a la supervisora del contrato No. 41005932025, con el fin de obtener la respectiva aprobación.

Adjunto a esta comunicación se allegan las órdenes médicas emitidas por el profesional tratante, junto con las cotizaciones para la adquisición de las gafas requeridas.

Es importante resaltar que esta gestión responde a una necesidad prioritaria dentro del proceso de restablecimiento de derechos de las adolescentes del Hogar Sagrada Familia. Su cumplimiento tiene un impacto directo en su bienestar y salud visual, aspectos fundamentales para su desarrollo integral.

En ese sentido, solicitamos respetuosamente la aprobación para la compra mediante el recurso de emergencia médica.

Agradecemos su atención y colaboración para avanzar con el proceso de adquisición, y quedamos atentas a cualquier información o requerimiento adicional.

Sor Nelly Muñoz Carreño
Coordinadora

Hogar Sagrada Familia Neiva
Siervas de Cristo Sacerdote
Carrera 1H No 12-69 Barrio los Mártires
Teléfono 608 8667370

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

3 archivos adjuntos

3. JULIANA VALENCIA PENCUE.pdf
784K

2. LADY PAOLA MARTINEZ.pdf
659K

4. LUZ ADRIANA BALBUENA P.pdf
728K

Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co> 22 de abril de 2026 a las 9:33 a.m.
Para: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
CC: "comisariadefamilia@palermo-huila.gov.co" <comisariadefamilia@palermo-huila.gov.co>, Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>

Buenos días,

Conforme correo que antecede de la comisaria de familia del municipio de Palermo Dra. Ivonne Ximena Camacho Ramírez, de manera atenta autorizo la compra de gafas de $150.000 de la cotización GAFAS & GAFAS por ser las más económica y cumplir al igual que las otras con las especificaciones de la prescripción medida por parte de oftalmología, para las usuarias ANGELY DAIAN CASTOLLO VARON, ANGIE PAOLA ROJAS YEPEZ y LADY PAOLA MARTINEZ GIRON, lo anterior, en procura de los derechos de salud de los niños, niñas y adolescentes.
[Texto citado oculto]

4 archivos adjuntos

3. JULIANA VALENCIA PENCUE.pdf
784K

2. LADY PAOLA MARTINEZ.pdf
659K

4. LUZ ADRIANA BALBUENA P.pdf
728K

Correo_ Andrea Camila Brinez Velasquez - Outlook.pdf
726K

Gmail

Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>

SOLICITUD AUTORIAZACION COMPRA GAFAS

4 mensajes

Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com> 18 de abril de 2026 a las 1:50 p.m.
Para: Gustavo Adolfo Dussan Barreiro <Gustavo.Dussan@icbf.gov.co>
CC: Andrea Camila Brinez Velasquez <andrea.brinez@icbf.gov.co>, Yaneth Milena Munoz Polania <yaneth.munoz@icbf.gov.co>

Asunto: SOLICITUD AUTORIZACION COMPRA GAFAS

Doctor
GUSTAVO ADOLFO DUSSAN BARREIRO
Defensor de Familia de Centro Zonal La Gaitana

Cordial saludo,

Asunto: Solicitud de aprobación para adquisición de gafas – recurso de emergencia médica

En el marco del proceso de atención, la siguiente adolescen fue valorada por el servicio de oftalmología, la cual fue remitida por el profesional competente. Como resultado de dicha valoración, se formuló la necesidad de uso de gafas como parte de su tratamiento.

Documento Beneficiario	Nombre Beneficiario	Número Petición SIM	FECHA NACIMIENTO	Fecha Ingreso (mm/dd/aaaa)
1.075.271.367	EMMA ISABELLA CARDENAS ALVARADO	1764906025	26/05/2011	29/01/2026

Por lo anterior, nos permitimos remitir la presente solicitud al Defensor de Familia correspondiente, así como a la supervisora del contrato No. 41005932025, con el fin de obtener la respectiva aprobación.

Adjunto a esta comunicación se allegan la órden médica emitida por el profesional tratante, junto con las cotizaciones para la adquisición de las gafas requeridas.

Es importante resaltar que esta gestión responde a una necesidad prioritaria dentro del proceso de restablecimiento de derechos de las adolescentes del Hogar Sagrada Familia. Su cumplimiento tiene un impacto directo en su bienestar y salud visual, aspectos fundamentales para su desarrollo integral.

En ese sentido, solicitamos respetuosamente la aprobación para la compra mediante el recurso de emergencia médica.

Agradecemos su atención y colaboración para avanzar con el proceso de adquisición, y quedamos atentas a cualquier información o requerimiento adicional.

Sor Nelly Muñoz Carreño
Coordinadora

Hogar Sagrada Familia Neiva
Siervas de Cristo Sacerdote
Carrera 1H No 12-69 Barrio los Mártires
Teléfono 608 8667370

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

1. EMMA ISABELLA CARDENAS A.pdf
1327K

Gustavo Adolfo Dussan Barreiro <Gustavo.Dussan@icbf.gov.co> 20 de abril de 2026 a las 3:28 p.m.
Para: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
CC: Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co>, Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>

Buenas tardes,

Por medio del presente, se autoriza compra de gafas para la adolescente EMMA ISABELLA CARDENAS ALVARADO (SIM 1764906025)

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Gustavo Adolfo Dussán Barreiro
Defensor Segundo de Familia
Centro Zonal La Gaitana
ICBF Sede Regional Huila
Carrera 10 No. 6 A-37 Barrio Altico
Teléfono: 608604700 Ext. 839004
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
Enviado: sábado, 18 de abril de 2026 13:50
Para: Gustavo Adolfo Dussan Barreiro <Gustavo.Dussan@icbf.gov.co>
Cc: Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co>; Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>
Asunto: SOLICITUD AUTORIAZACION COMPRA GAFAS

[Texto citado oculto]

Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co> 20 de abril de 2026 a las 3:38 p.m.
Para: Gustavo Adolfo Dussan Barreiro <Gustavo.Dussan@icbf.gov.co>, Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
CC: Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>

Buenas tardes Dr. Gustavo,

Usted como autoridad administrativa debe elevar la solicitud de autorización a esta coordinación, posteriormente como supervisora del contrato se autoriza la compra, una vez sean revisadas la orden médica y cotizaciones, que deben adjuntarse por parte del operador.

Yaneth, por favor revisar documentos adjuntos para proceder conforme.

Cordialmente,

Andrea Camila Briñez Velasquez
Coordinadora
Profesional Universitario
Centro Zonal La Gaitana
ICBF Sede Regional Huila
Carrera 10 No. 6ª-37
Teléfono: 601 4377630 Ext. 839000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Gustavo Adolfo Dussan Barreiro <Gustavo.Dussan@icbf.gov.co>
Enviado: lunes, 20 de abril de 2026 15:28
Para: Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com>
Cc: Andrea Camila Brinez Velasquez <Andrea.Brinez@icbf.gov.co>; Yaneth Milena Munoz Polania <Yaneth.Munoz@icbf.gov.co>
Asunto: RE: SOLICITUD AUTORIAZACION COMPRA GAFAS

[Texto citado oculto]

---

1. EMMA ISABELLA CARDENAS A.pdf
1327K

Sagrada Familia Neiva <hsfneiva@gmail.com> 20 de abril de 2026 a las 5:35 p.m.
Para: Yaneth Milena Munoz Polania <yaneth.munoz@icbf.gov.co>

Buenas tardes, le adjunto los ajustes según lo solicitado

Hogar Sagrada Familia Neiva
Siervas de Cristo Sacerdote
Carrera 1H No 12-69 Barrio los Mártires
Teléfono 608 8667370

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

[Texto citado oculto]

---

4 archivos adjuntos

6. ANGELY DAIAN CASTOLLO VARON okey.pdf
1829K

1. EMMA ISABELLA CARDENAS ALVARADO okey.pdf
1550K

5. ANGIE PAOLA ROJAS YEPEZ okey.pdf
1983K

2. LADY PAOLA MARTINEZ GIRON okey.pdf
1765K

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

NIT: 813005265-7

SOLICITUD INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

Ingreso: 12609291 **Fecha Historia:** 27/03/2026 2:47:32 p. m.

Número de Folio: 4 **Ubicación:** GRANJAS - C. EXT GRANJAS

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: CASTILLO VARON
Nombres: ANGELY DAIAN
Dirección: Carrera 1H # 12 - 69 - LOS MARTIREZ - NEIVA
Teléfono: - 3209540836
Entidad Responsable: NUEVA EPS S.A.
Seguridad Social: NUEVA EPS S.A.

Tipo Documento: TI **Numero:** 1025542282
Edad: 16 Años 08 Meses 00 Dias (27/07/2009)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Especialidad	Cantidad
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA.	OPTOMETRIA	1
	Observaciones: POR FAVOR VALORAR		
890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA.	NUTRICION CLINICA	1
	Observaciones: POR FAVOR VALORAR		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
Z003	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE		☑

Profesional: CARLOS DARIO HERRERA CARVAJAL

OPTISALUD
C.C. SANTA LUCIA
PLAZA
TELÉFONO:
3168550113

NUEVA EPS
608-8630413
WhatsApp: 3043849992

Profesional: CARLOS DARIO HERRERA CARVAJAL
Especialidad: MEDICO GENERAL RIAS
Tarjeta Prof. # 477/99

Impreso el 27/03/2026 a las 14:47:37 Por el Usuario 7687383 - CARLOS DARIO HERRERA CARVAJAL
Indigo Vie Platform - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to ESE CARMEN EMILIA OSPINA Nit: 813005265-7

Powered by CamScanner

OptiSalud
más que un servicio...

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
A K 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA Tel.: Nit.:800119574-0
HISTORIA DE OPTOMETRIA

Paciente:	CASTILLO VARON ANGELY DAIAN	**Documento:**	**TI 1025542282**
Fecha de atención:	20/03/2026 08:42:40 AM	**Fecha salida de atención:**	20/03/2026 08:57:10 AM
Lugar de atención:	A K 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA SEDE: OPTISALUD NEIVA UNICENTRO CIUDAD:		
Edad:	16 A, 7 M, 30 D	**Sexo:**	Femenino
Fecha de Nacimiento:	21/07/2009	**Estado civil:**	Otro;
Lugar de Residencia:	NEIVA(HUILA)	**Ocupación:**	ESTUDIANTE
Dirección:	CRA 1H 12 69 LOS MARTIREZ	**Teléfonos:**	3133710302
Entidad:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	**Contrato:**	PGP SUBSIDIADO HUILA
Régimen:	SUBSIDIADIO	**Tipo de Usuario:**	BENEFICIARIO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento:	36308264
Nombre:	GARCES ERIKA ALEXANDRA
Teléfono:	3209540836
Parentesco:	AMIGO(A)

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre:	ERIKA GARCES
Teléfono:	3209540836
Parentesco:	AMIGO(A)

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo consulta: PACIENTE ASISTE A CONSULTA CON SU ENFERMERA POR CUSTODIA, POR CONTROL, REFIERE ANTES USABA RX OPTICA.

TIPO DE EXAMEN: PRIMERA VEZ EN OPTISALUD
OCUPACION HABITUAL: ESTUDIANTE

AGUDEZA VISUAL LEJOS

	Ojo derecho	Ojo Izquierdo
(AVSC) SIN correción	20/60	20/40

EXAMEN EXTERNO

PUPILA	REACTIVAS AO
PARPADOS	NORMALES AO
P.LAGRIMAL	PERMEABLE AO
CONJUNTIVA	TRANQUILA AO
CORNEA	CLARA AO
CRISTALINO	TRANSPARENTE AO
C.ANTERIOR	VH 3/4 AO
IRIS	NORMAL AO

OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho	MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILA BORDES DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA,EXCAVACION PAPILAR 0.2
Ojo Izquierdo	MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILA BORDES DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA,EXCAVACION PAPILAR 0.2

DISTANCIA PUPILAR: 65

KERATOMETRIA

OJO	Horizontal	Vertical	Eje	Miras
Derecho	44.00	45.75	170 °	
Izquierdo	44.25	45.50	15 °	

RETINOSCOPIA ESTATICA

Ojo;	Esfera	Cilindro	Eje	Sombras
Ojo Derecho	+0.75	-0.75	150 °	
Ojo Izquierdo	+0.25	-0.25	45 °	

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	AVVL	AVVP	AVPH	ADICIÓN	DNP
Ojo Derecho	NEUTRO	-0.50	150 °	20/40 (0.50)	0.75 M a 40c			
Ojo Izquierdo	NEUTRO			20/40 (0.50)	0.75 M a 40c			

Powered by CamScanner

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
A K 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA Tel.: Nit.:800119574-0
HISTORIA DE OPTOMETRIA

Paciente:	CASTILLO VARON ANGELY DAIAN	**Documento:**	**TI 1025542282**
Fecha de atención:	20/03/2026 08:42:40 AM	**Fecha salida de atención:**	20/03/2026 08:57:10 AM
Lugar de atención:	A K 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA SEDE: OPTISALUD NEIVA UNICENTRO CIUDAD:		

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO REFRACTIVO:
OJO DERECHO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: H522 ASTIGMATISMO
Finalidad de la consulta: Detección temprana de enfermedad general
Causa Externa: Enfermedad general

FORMULA DE LENTES OFTÁLMICOS LEJOS

	FORMULA LEJOS				FORMULA CERCA		
OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	PRISMA	BASE	A. VISUAL	DNP
Derecho	NEUTRO	-0.50	150 °			20/40	
Izquierdo	NEUTRO					20/40	

PROXIMO CONTROL: 1 año Sabado 20 de Marzo de 2027
VIGENCIA DE LA FORMULA: 3 meses Jueves 18 de Junio de 2026
CLASE DE LENTES: MONOFOCALES
CLASE DE FILTRO: SIN FILTRO
DISTANCIA PUPILAR: 65
RECOMENDACIONES: SE INFORMA AL USUARIO QUE, SEGÚN SU ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, A SU PROPIA COSTA, PODRÍA USAR LENTES/PRODUCTOS POLY+AR QUE LE PROPORCIONEN MAYOR CONFORT VISUAL Y QUE NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL PBS, NO SIENDO ESTO UNA PRESCRIPCIÓN O UNA ORDEN MÉDICA. EL PROFESIONAL Y OPTISALUD NO SE HACEN RESPONSABLES POR GAFAS ELABORADAS EN OTRA OPTICA.

FORMA DE USO:
CONDUCTA:
1. SE DA RX OPTICA, SE EXPLICAN HALLAZGOS Y PLAN DE MANEJO, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA
2. CONTROL EN 1 AÑO

Profesional: GAVIRIA POLANIA JUANITA
CC: 1075302819
Registro profesional: 1075302819
Especialidad: OPTOMETRIA

QR de Validación

Powered by CamScanner

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD NIT.:800119574-0

Opti Salud

A K 15CL SUR CC UNICENTRO
Teléfono

20/03/2026 08:57:39 AM

PRESCRIPCIÓN DE LENTES

Lugar	Fecha de Expedición	Nº
	20 03 2026	

Nombre
CASTILLO VARON ANGELY DAIAN

Identificación del paciente
TI 1025542282

Identificación del Trabajador
C.C.

Nombre del profesional
JUANITA GAVIRIA POLANIA

Identificación del profesional
C.C. 1075302819

Teléfono ó E-mail del profesional

Dirección del profesional

	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	NEUTRO	-0.50	150 °	20/40
	IZQUIERDO	NEUTRO			20/40
CERCA	DERECHO				
	IZQUIERDO				

PROX. CONTROL: 1 año Sabado 20 de Marzo de 2027 **VIGENCIA :** 3 meses Jueves 18 de Junio de 2026

DISTANCIA PUPILAR: 65

TIPO DE LENTE: MONOFOCALES

CLASE DE FILTRO: SIN FILTRO

OBSERVACIONES: SE INFORMA AL USUARIO QUE, SEGÚN SU ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, A SU PROPIA COSTA, PODRÍA USAR LENTES/PRODUCTOS POLY+AR QUE LE PROPORCIONEN MAYOR CONFORT VISUAL Y QUE NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL PBS, NO SIENDO ESTO UNA PRESCRIPCIÓN O UNA ORDEN MÉDICA. EL PROFESIONAL Y OPTISALUD NO SE

OPTISALUD, en ningún caso tramitara o se hará cargo de garantías, pagos, indemnizaciones, devoluciones, compensaciones, reparación, adaptación de bienes, equipos, lentes, monturas y demás productos ópticos adquiridos en otra IPS u óptica que no pertenezcan a OPTISALUD

Firma del Profesional

Nº de Registro:

① EPS ∅ basico CR39 foto?

② POLY, AR $70,000.

③ 1.56 CR39 Ø; $150.000 foto?

50/81 hasta 50.

Powered by CamScanner

Gafas & Gafas

CALLE 10 No. 5-99 TEL. 871 9833 Neiva - Huila

- Exámen de Ojos
- Lentes de Contacto
- Cirugía con Láser

COTIZACIÓN No. 0353

Fecha: Sabado 18 Abril 2016

Empresa: Congregación Siervas de Cristo Sacerdote

Señor(es.): Angely Daiana Castillo Varon - 1025542282

C.C. _____ Tel. _____

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente:

Trabajo:

Formula: ___ O.D N-050x150 $ _____

___ O.I N $ _____

Montura: Completa Adulto. $ 80000

Otros: Cinta Optelmo $ 7000

TOTAL: Lent y Monta $ 150000

Gafas & Gafas

Powered by CamScanner

✓Exámen de Ojos
✓Lentes de Contacto
✓Cirugia con Láser

VISSO
OPTOMETRÍA PROFESIONAL

Calle 10 No. 5-99 L- 02 - TEL:. 871 99 33 - Neiva - Huila

FECHA: 13. Abril 2016. DEL 20

NOMBRE Congregacion Sierva de Cristo Sacerdote

RX Angely Daicy Castillo Vanegas - 1025542282.

	ESF	CYL	EJE	ADD	AV
O.D.	N	-050	150		
O.I.	N				

D.P. FILTRO

OBSERVACIONES

1 par de gafas = 150.000

Montura Completa = 120.000

Lentes y montura = 270.000.

Powered by CamScanner

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD **NIT.:800119574-0**

Opti•Salud

A K 15CL SUR CC UNICENTRO

Teléfono

20/03/2026 08:57:39 AM

PRESCRIPCIÓN DE LENTES

Lugar	Fecha de Expedición	Nº
	20 | 03 | 2026	

Nombre	Identificación del paciente	Identificación del Trabajador
CASTILLO VARON ANGELY DAIAN	TI 1025542282	C.C.
Nombre del profesional	**Identificación del profesional**	**Teléfono ó E-mail del profesional**
JUANITA GAVIRIA POLANIA	C.C. 1075302819	**Dirección del profesional**

	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	NEUTRO	-0.50	150 °	20/40
	IZQUIERDO	NEUTRO			20/40
CERCA	DERECHO				
	IZQUIERDO				

PROX. CONTROL: 1 año Sabado 20 de Marzo de 2027 **VIGENCIA :** 3 meses Jueves 18 de Junio de 2026

DISTANCIA PUPILAR: 65

TIPO DE LENTE: MONOFOCALES

CLASE DE FILTRO: SIN FILTRO

OBSERVACIONES: SE INFORMA AL USUARIO QUE, SEGÚN SU ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, A SU PROPIA COSTA, PODRÍA USAR LENTES/PRODUCTOS POLY+AR QUE LE PROPORCIONEN MAYOR CONFORT VISUAL Y QUE NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL PBS, NO SIENDO ESTO UNA PRESCRIPCIÓN O UNA ORDEN MÉDICA. EL PROFESIONAL Y OPTISALUD NO SE

OPTISALUD, en ningún caso tramitara o se hará cargo de garantías, pagos, indemnizaciones, devoluciones, compensaciones, reparación, adaptación de bienes, equipos, lentes, monturas y demás productos ópticos adquiridos en otra IPS u óptica que no pertenezcan a OPTISALUD

Firma del Profesional

Juanitag

Nº de Registro:

① EPS ∅ basico CR39 foto?

② Poly, AR $70,000.

③ 1.56 CR39 Ø; $150.000 foto?

50/80 h 50.

Powered by CamScanner

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

NIT: 813005265-7

SOLICITUD INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

Ingreso: 12454175 **Fecha Historia:** 13/01/2026 2:06:47 p. m. Página 1/1

Número de Folio: 25 **Ubicación:** GRANJAS - C. EXT GRANJAS

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ROJAS YEPES
Nombres: ANGI PAOLA
Dirección: CALL. 16 # 1G BIS 26 - BONILLA - NEIVA
Teléfono: - 3209950870
Entidad Responsable: NUEVA EPS S.A.
Seguridad Social: NUEVA EPS S.A.

Tipo Documento: TI **Numero:** 1012386125
Edad: 15 Años 11 Meses 02 Dias (11/02/2010)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Especialidad	Cantidad
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA.	OPTOMETRIA	1
	Observaciones: X		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION		☑
B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION		☐

Profesional: ERNESTO YARA GOMEZ

OPTISALUD
C.C. SANTA LUCIA
PLAZA
TELÉFONO:
3168550113

Profesional: ERNESTO YARA GOMEZ
Especialidad: MEDICO GENERAL RIAS
Tarjeta Prof. # 1694-95

Impreso el 13/01/2026 a las 14:07:19 Por el Usuario 19472859 - ERNESTO YARA GOMEZ
Indigo Vie Platform - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to ESE CARMEN EMILIA OSPINA Nit: 813005265-7

Ojo Izquierdo	NEUTRO	-0.50	5 °	

Powered by CamScanner

OptiSalud
más que un sentido

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
AK 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA Tel.: Nit.:800119574-0
HISTORIA DE OPTOMETRIA

Paciente:	ROJAS YEPEZ ANGIE PAOLA	**Documento:**	**TI 1012386125**
Fecha de atención:	25/03/2026 10:04:10 AM	**Fecha salida de atención:**	25/03/2026 10:16:11 AM
Lugar de atención:	AK 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA SEDE: OPTISALUD NEIVA UNICENTRO CIUDAD:		
Edad:	16 A, 1 M, 14 D	**Sexo:**	Femenino
Fecha de Nacimiento:	11/02/2010	**Estado civil:**	Otro;
Lugar de Residencia:	NEIVA(HUILA)	**Ocupación:**	ESTUDIANTE
Dirección:	calixto cra 4 no 15	**Teléfonos:**	3123633403
Entidad:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	**Contrato:**	PGP SUBSIDIADO HUILA
Régimen:	SUBSIDIADIO	**Tipo de Usuario:**	BENEFICIARIO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento:	111111111111
Nombre:	NA
Teléfono:	1111111111
Parentesco:	HIJO(A)

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre:	NANCY ESPINOSA
Teléfono:	3132512494
Parentesco:	MADRE

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo consulta: PACIENTE ASISTE A CONSULTA CON SU MADRE SUSTITUTA POR CONTROL, REFIERE NUNCA LE COMPRARON LAS GAFAS NI LAS GOTAS.

TIPO DE EXAMEN: CONTROL A UN AÑO O MÁS
OCUPACION HABITUAL: ESTUDIANTE

AGUDEZA VISUAL LEJOS

	Ojo derecho	Ojo Izquierdo
(AVSC) SIN correción	20/40+	20/40+

AGUDEZA VISUAL CERCA

	Ojo derecho	Ojo Izquierdo
(AVSC) SIN correción	0.50 M a 40c	0.50 M a 40c

EXAMEN EXTERNO	
PUPILA	REACTIVAS AO
PARPADOS	NORMALES AO
P.LAGRIMAL	PERMEABLE AO
CONJUNTIVA	PAPILAS TARSO INFERIOR AO
CORNEA	CLARA AO
CRISTALINO	TRANSPARENTE AO
C.ANTERIOR	VH 3/4 AO
IRIS	NORMAL AO
OFTALMOSCOPIA	
Ojo Derecho	MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILA BORDES DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA,EXCAVACION PAPILAR 0.2
Ojo Izquierdo	MEDIOS TRANSPARENTES, PAPILA BORDES DEFINIDOS, RELACION ARTERIA VENA NORMAL, MACULA SANA,EXCAVACION PAPILAR 0.2
DISTANCIA PUPILAR:	58

KERATOMETRIA

OJO	Horizontal	Vertical	Eje	Miras
Derecho	43.00	44.00	0 °	
Izquierdo	42.50	43.50	0 °	

RETINOSCOPIA ESTATICA

Ojo;	Esfera	Cilindro	Eje	Sombras
Ojo Derecho	NEUTRO	-0.50	170 °	
Ojo Izquierdo	NEUTRO	-0.50	5 °	

Powered by CamScanner

OptiSalud
más que un servicio

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
AK 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA Tel.: Nit.:800119574-0
HISTORIA DE OPTOMETRIA

Paciente: ROJAS YEPEZ ANGIE PAOLA
Documento: TI 1012386125
Fecha de atención: 25/03/2026 10:04:10 AM
Fecha salida de atención: 25/03/2026 10:16:11 AM
Lugar de atención: AK 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA SEDE: OPTISALUD NEIVA UNICENTRO CIUDAD:

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	AVVL	AVVP	AVPH	ADICIÓN	DNP
Ojo Derecho	NEUTRO	-0.50	170 °	20/20 (1.00)	0.50 M a 40c			
Ojo Izquierdo	NEUTRO	-0.50	5 °	20/20 (1.00)	0.50 M a 40c			

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO REFRACTIVO:
AMBOS OJOS DIAGNOSTICO PRINCIPAL: H522 ASTIGMATISMO
AMBOS OJOS: H109 CONJUNTIVITIS; NO ESPECIFICADA
Finalidad de la consulta: Detección temprana de enfermedad general
Causa Externa: Enfermedad general

FORMULA DE LENTES OFTÁLMICOS LEJOS

	FORMULA LEJOS				FORMULA CERCA		
OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	PRISMA	BASE	A. VISUAL	DNP
Derecho	NEUTRO	-0.50	170 °			20/20	
Izquierdo	NEUTRO	-0.50	5 °			20/20	

PROXIMO CONTROL: 1 año Jueves 25 de Marzo de 2027
VIGENCIA DE LA FORMULA: 3 meses Martes 23 de Junio de 2026
CLASE DE LENTES: MONOFOCALES
CLASE DE FILTRO: SIN FILTRO
DISTANCIA PUPILAR: 58
RECOMENDACIONES: SE RECOMIENDA ANTIRREFLEJO A CUENTA DEL PACIENTE PARA CUIDADO OCULAR, EL PROFESIONAL Y OPTISALUD NO SE HACEN RESPONSABLES POR GAFAS ELABORADAS EN OTRA OPTICA

FORMA DE USO:

MEDICAMENTOS Y PRESCRIPCIONES

PRESCRIPCIÓN NO.

Origen: Enfermedad general
Diagnóstico: H522 ASTIGMATISMO
Medicamento:: OLOPATADINA
Posología: [OLOPATADINA] 2MG/1ML - SOLUCION OFTALMICA: APLICAR UNA GOTA CADA 24 HORAS EN AMBOS OJOS POR 3 MESES

CONDUCTA:
1. SE DA RX OPTICA, SE EXPLICAN HALLAZGOS Y PLAN DE MANEJO, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA
2. SE FORMULA ANTIHISTAMINICO
3. CONTROL EN 1 AÑO

Profesional: GAVIRIA POLANIA JUANITA
C: 1075302819
Registro profesional: 1075302819
Especialidad: OPTOMETRIA

QR de Validación

Powered by CamScanner

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD NIT.:800119574-0

Opti•Salud

A K 15CL SUR CC UNICENTRO

Teléfono

Fecha de Expedición DD 25 | MM 03 | AAAA 2026

Nº 799848

RECETARIO MEDICAMENTOS

ROJAS YEPEZ ANGIE PAOLA	Identificación del paciente* TI 1012386125	Identificación del Trabajador C.C.
Nombre del profesional GAVIRIA POLANIA JUANITA	Identificación del profesional C.C. 1075302819	E-mail paciente clientes.optisalud@gmail.comc Teléfono Paciente 3209540836
Empresa NUEVA EPS		

Código CIE 10
H522 ASTIGMATISMO

Orígen

Causa externa **Enfermedad general**

Medicamentos y prescripción	Cantidad		Días
OLOPATADINA [OLOPATADINA] 2MG/1ML - SOLUCION OFTALMICA: APLICAR UNA GOTA CADA 24 HORAS EN AMBOS OJOS POR 3 MESES	3	tres	90

* En caso de hijos, colocar la fecha de nacimiento.
** Cuando sea entrega parcial, en estos espacios se coloca sello que diga Despacho Parcial. Cuando no se entrega nada, sello que diga No Despachado.

NOTA
La prescripción anterior se ha hecho previo interrogatorio al paciente para establecer la inexistencia de contraindicaciones y antecedentes de reacciones adversas al medicamento formulado.

Debe practicarse prueba de sensibilidad SI ☐ NO ☐

Firma del Profesional

Juanitasp

Nº de Registro 1075302819

Especialidad: OPTOMETRIA

Firma de recibido y C.C.

Válida hasta por 30 dias después de la fecha de expedición

Fecha y hora de entrega de la farmacia DD MM AAAA

Powered by CamScanner

Gafas & Gafas

CALLE 10 No. 5-99 TEL. 871 9833 Neiva - Huila

- Exámen de Ojos
- Lentes de Contacto
- Cirugía con Láser

COTIZACIÓN No. 0357

Fecha: 18 ab/2016

Empresa: Congregacion Siervas de Cristo Sacerdote

Señor(es.): Angie Paola Rojas Yepes

C.C. 1012386125 Tel. _____

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente:

Trabajo:

Formula: ___ **O.D** N-050 x 170 $ _____

___ **O.I** N-050 x 5 $ _____

Montura: Completa Acetato $ 80000

Otros: Lente Oftalmico $ 70000

TOTAL: Lente y Montura $ 150000

Gafas & Gafas

Powered by CamScanner

OPTILASER

HERNANDO MUÑOZ CUELLAR
Nit. 12.139.122-2 Régimen Común

COTIZACION No. 1221

FECHA: 18 Abril 2026

EMPRESA: Congregacion Siervas de Cristo Sacerdote

SEÑOR (ES): Angie Paola Rojas Yepes – 1012386125

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente Trabajo:

FORMULA: O.D N-052×170 $ _____

O.I. N-052×5 $ _____

MONTURA: Montura Completa $ 130000

OTROS: Lente Oftalmico $ 180000

TOTAL: Lente y Montura $ 310000

OPTILASER

Powered by CamScanner

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD **NIT.:800119574-0**

Opti•Salud

A K 15CL SUR CC UNICENTRO

Teléfono

25/03/2026 10:17:01 AM

PRESCRIPCIÓN DE LENTES

Lugar	Fecha de Expedición	N°
	25 | 03 | 2026	

Nombre	Identificación del paciente	Identificación del Trabajador
ROJAS YEPEZ ANGIE PAOLA	TI 1012386125	C.C.
Nombre del profesional	**Identificación del profesional**	**Teléfono ó E-mail del profesional**
JUANITA GAVIRIA POLANIA	C.C. 1075302819	**Dirección del profesional**

	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	NEUTRO	-0.50	170 °	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO	-0.50	5 °	20/20
CERCA	DERECHO				
	IZQUIERDO				

PROX. CONTROL: 1 año Jueves 25 de Marzo de 2027 **VIGENCIA :** 3 meses Martes 23 de Junio de 2026

DISTANCIA PUPILAR: 58

TIPO DE LENTE: MONOFOCALES

CLASE DE FILTRO: SIN FILTRO

OBSERVACIONES: SE RECOMIENDA ANTIRREFLEJO A CUENTA DEL PACIENTE PARA CUIDADO OCULAR, EL PROFESIONAL Y OPTISALUD NO SE HACEN RESPONSABLES POR GAFAS ELABORADAS EN OTRA OPTICA

OPTISALUD, en ningún caso tramitara o se hará cargo de garantías, pagos, indemnizaciones, devoluciones, compensaciones, reparación, adaptación de bienes, equipos, lentes, monturas y demás productos ópticos adquiridos en otra IPS u óptica que no pertenezcan a OPTISALUD

Firma del Profesional

Juanitag

Nº de Registro:

EPS Basico $0

Pte Mont

(1) 0- +Policarbonato AR $ 374.000

(2) Policarbonato BAR $ 116.000

Monturas $90000

60% Incial

40% Final.

3 Dias.

T-E-S-A.

Powered by CamScanner

Opti·Salud

OPTISALUD NEIVA UNICENTRO
DIRIA K 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA
Teléfonos :

25/03/2026 10:21:21 AM

COTIZACION DE SERVICIOS Y PRODUCTOS No. 28446

FECHA : 25/03/2026

PACIENTE: ROJAS YEPEZ ANGIE PAOLA TI No. 1012386125

No. AFILIACION

ENTIDAD : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA CONTRATO : PGP SUBSIDIADO HUILA

EDAD : 16 AÑOS, 1 MESES Y 14 GENERO Femenino TIPO AFILIA Beneficiario

CODIGO	DESCRIPCION	VIGENCIA	CANTIDAD	VLR UNIT	DESCUENTO	SUBTOTAL
Opcion No. 1						
SUB005	LENTES MONOFOCALES		1.00	9,000		9,000
SUB005	LENTES MONOFOCALES		1.00	9,000		9,000
					Cobertura	-9,000
					Cobertura	-9,000
			TOTAL			0
Opcion No. 2						
SER031	LENTES MONOFOCALES		1.00	187,000		187,000
SER031	LENTES MONOFOCALES		1.00	187,000		187,000
			TOTAL			374,000
Opcion No. 3						
SER097	LENTES MONOFOCALES		1.00	58,000		58,000
SER097	LENTES MONOFOCALES		1.00	58,000		58,000
			TOTAL			116,000

800 DIANA MARIA PERAZA ARIAS

[redacted]e firmante, como titular de esta cotización y afiliado (a) a la Eps registrada como entidad; manifiesto que me fueron informados mis derechos en el suministro de lentes y montura según resolución N° 2718 de 2024. Por lo que realice preguntas y fueron aclaradas las mismas. De igual manera, entiendo que los filtros, colores, peliculas especiales, tratamientos antireflejo y tratamientos fotocromáticos, así como los lentes de contacto no están incluidos dentro del plan de beneficios de salud. Tambien dejo constancia que Optisalud S.A.S., me ha informado los derechos que me asisten dentro de la entrega de los productos contemplados en el plan de beneficios de salud, pero que yo, de manera voluntaria he solicitado la asesoría comercial de los demás productos relacionados en esta cotización, (no POS) entendiendo que obedecen a una oferta comercial particular y que por consiguiente, manifiesto de forma libre, que acepto la misma y poseo los recursos económicos para su compra. La presente la realizo de forma libre voluntaria sin ningun tipo de apremio. En constancia de esto firmo como consentimiento informado el día de hoy:

Yo_____Cedula_____DÍA_____ MES_____AÑO_____

En la sede_____ Numero de cotización_____

Powered by CamScanner

Gafas & Gafas

CALLE 10 No. 5-99 TEL. 871 9833 Neiva - Huila

- Exámen de Ojos
- Lentes de Contacto
- Cirugía con Láser

COTIZACIÓN No. 0358

Fecha: Sabado 18 abl/2016.

Empresa: Congregacion Sreru de Cristo Sacerdote

Señor(es.): lady paola Martinez Grnal

C.C. 1120505883 Tel. _____

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente:

Trabajo:

Formula: O.D +025 $ _____

O.I +075 -050×20 $ _____

Montura: Completa Acetato $ 80.000

Otros: Lente Oftalmo $ 70.000

TOTAL: Lente y Montura $ 150.000

Gafas & Gafas

Powered by CamScanner

OPTILASER

HERNANDO MUÑOZ CUELLAR
Nit. 12.139.122-2 Régimen Común

COTIZACION No. 1219

FECHA: 18 Abril 2026

EMPRESA: Congregacion Siervas de Cristo Sacerdote

SEÑOR (ES): Lady paola Martinez Giral - 1120505883

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente Trabajo:

FORMULA: O.D +025 $ _____

O.I. +075 - 050 x 20 $ _____

MONTURA: Montura Completa $ 130000

OTROS: Lente oftalmico $ 180000

TOTAL: Lente y Montura $ 310000

OPTILASER

CV1

CALLE 10 # 6 - 07 CENTRO - Neiva - Huila

Tel: 8747151 - Nit. 1075249737-3

Paciente

Numero	58265	**Documento**	CC 1120505883	**Nombre**	MARTINEZ GIRON LADY PAOLA		
Historia	12802	**Cita**	1	**Edad**	10 años 1 meses 15 días	**Fecha**	3/24/2026 11:05:47 AM

Formula

	Esfera	Cilindro	Eje	Prisma	Base	A.V.L	ADD	A.V.P	D.V	D.P
O.D	+0.25				IN	20/20				
O.I	+0.75	-0.50	20		IN	20/20				

Vision Media — **Esfera O.D** | **Esfera O.I**

Vision Proxima — **Esfera O.D** | **Esfera O.I**

Observaciones

Lentes

Derecho	VL 1,60 VI-LITE VS TALL			**Izquierdo**	VL 1,60 VI-LITE VS TALL		
Color	SIN COLOR	**Filtros**	AR - UV	**Uso Recomendado**	EN V .PROXIMA	**Control**	3/25/2026

Valido hasta 23/05/2026 (60 Dias)

Elaborado por OpticalEvolutions.

Dr(a). LILIANA IVONNE OCHOA RAMOS
C.C. 52106531

3/24/2026 1:59:43 PM

(1) O: policarb + AR = 360 000

(2) policarb + AR = 150 000

Powered by CamScanner

Gafas & Gafas

CALLE 10 No. 5-99 TEL. 871 9833 Neiva - Huila

- Exámen de Ojos
- Lentes de Contacto
- Cirugía con Láser

COTIZACIÓN No. 0351

Fecha: Sabado 18 Abril 2026.

Empresa: Congregacion Sierva del Culto Sacramental

Señor(es.): Emma Isabella Cadena Alvarado

C.C. 1075 271 367 Tel. _____

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente:

Trabajo:

Formula: ___ **O.D** N-0.00 +0 $ _____

___ **O.I** N-0.50 x0 $ _____

Montura: Acetato Completa $ 80.000

Otros: Lente oftalmico $ 70.000

TOTAL: Lente y Monte $ 150.000

Gafas & Gafas

Powered by CamScanner

✓Exámen de Ojos
✓Lentes de Contacto
✓Cirugía con Láser

VISSO
OPTOMETRÍA PROFESIONAL

Calle 10 No. 5-99 L- 02 - TEL:. 871 99 33 - Neiva - Huila

FECHA: 18 abril 2026 DEL 20

NOMBRE: Congresista Sierra Cristo Suelista

RX Emma Isabella Cardenas Alvarado - 1075271367

	ESF	CYL	EJE	ADD	AV
O.D.	N	-100	0		
O.I.	N	-050	0		

D.P.

FILTRO

OBSERVACIONES

1 par AR = 150 000

Montura completa = 120 000

Total = 270 000.

Powered by CamScanner

OPTILASER

HERNANDO MUÑOZ CUELLAR
Nit. 12.139.122-2 Régimen Común

COTIZACION No. 1217

FECHA: 18 abl/2026

EMPRESA: Congregacion Siervas de Cristo Sacerdote

SEÑOR (ES): Emma Isabella Cardenas Alvarado - 1075271367

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente Trabajo:

FORMULA: O.D N-1.00 x0 $ _____

O.I. N-0.50x0 $ _____

MONTURA: Metalica Completa $ 130000

OTROS: Lente Oftalmico $ 180000

TOTAL: Lente y Montura $ 310000

OPTILASER

Powered by CamScanner

DATOS DEL USUARIO

[redacted]

Optimus

OPTOMETRIA OCUPACIONAL

FECHA ATENCIÓN: 2026-03-26 15:24:08 - **NUM. HISTORIA:** 1075271367

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: EMMA ISABELLA CARDENAS ALVARADO	**IDENTIFICACIÓN: TI** 1075271367	**FECHA DE NACIMIENTO:** 2011-05-26
EDAD: 14 Años	**SEXO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** SOLTERO
RH:	**TELÉFONO:** 3209540836	**DIRECCIÓN:** CR 1 H 12 69
ENTIDAD: SANITASEVENTO	**ESCOLARIDAD:** BACHILLERATO INCOMPLETO	**REGIMEN:** SUBSIDIADO
ARL:		

	ESF	CIL	EJE	ADD	AV
OD.	N	-1.00	0		20/20
OI.	N	-0.50	0		20/20

CONDUCTA

USAR RX PERMANENTES CONTROL EN 1 AÑO
LENTES MONOFOCAL

Fernando Ortega Sánchez
Optómetra O.D.
Reg 1929 COVNP Reg. 6763 Mon Salud
C.C. 79 839.124

Profesional: CARLOS FERNANDO ORTEGA SANCHEZ
CC:79839124
Esp: OPTOMETRA
RM: 1929

**** No se da garantía por lentes o trabajos realizados en otras ópticas ****

Calle 18 A# 6-65 Barrio Quirinal - Neiva / Tel: 8631602
Celular: 3182011555
Correo Electrónico: saludocupacional@optimusips.com

Powered by CamScanner

Optimus

HISTORIA CLÍNICA DE OPTOMETRIA

FECHA: 2026-03-26 15:23:49 - NÚM. HISTORIA: 1075271367 - NUM. FOLIO: 2

DATOS DEL USUARIO

PACIENTE: EMMA ISABELLA CARDENAS ALVARADO
FECHA DE NACIMIENTO: 2011-05-26
DIRECCION: CR 1 H 12 69 NEIVA (HUILA)
CONVENIO: SANITASEVENTO
EPS: E.P.S. SANITAS S.A.
CARGO:

EDAD: 14 Años

ID: TI 1075271367
TEL. 3209540836
SEXO: F
ESTADO CIVIL: SOLTERO



TIPO CONSULTA: 80-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA [890207]
NUMERO AUTORIZACION:

MOTIVO DE CONSULTA: PC REPORTA MALA VL NO USA RX
ANTECEDENTES PERSONALES: PC SANO
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE

LESOMETRIA OD: OI:

AGUDEZA VISUAL

SC	OD	OI	C.C	OD	OI
VL	20/50	20/25	VL		
VP	0.50M	0.50M	VP		

EXAMEN EXTERNO: LEVE HIPEREMIA EN AO

FONDO DE OJO

OD: MEDIOS TRANSPARENTES
OI: MEDIOS TRANSPARENTES

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO PPAL: H522-ASTIGMATISMO

TOMA DE P.I.O	OD: NO APLICA		OI: NO APLICA	
QUERATOMETRIA	OD: 43.50/45.50*0		OI: 43.50/44.50*0	
EXAMEN MOTOR	VL: ORTHO		VP: EXO	
REFRACCION	OD: +0.25-1.00*0	AV: 20/20	OI: +0.25-0.50*0	AV: 20/20
SUBJETIVO	OD: N-1.00*0	AV: 20/20	OI: N-1.00*0	AV: 20/20
AMBULATORIA	OD:	AV:	OI:	AV:

TEST DE COLOR: NO SE TOMA

TEST DE PRODUNDIDAD: 40" SEGUNDO DE ARCO

RX FINAL

	ESF	CIL	EJE	ADD	AV
OD	N	-1.00	0		20/20
OI	N	-0.50	0		20/20

CONDUCTA : USAR RX PERMANENTES CONTROL EN 1 AÑO
LENTES MONOFOCAL

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

1. H522-ASTIGMATISMO
2.

Powered by CamScanner

Optimus

HISTORIA CLÍNICA DE OPTOMETRIA

3.

4.

TIPO DIAGNOSTICO CONSULTA: 2-CONFIRMADO NUEVO

Fernando Ortega Sánchez
Optómetra O.D.
Reg 1929 CTNP Reg 6763 Min Salud
C.C. 79.839.134

CARLOS FERNANDO ORTEGA SANCHEZ
OPTOMETRA
R.M. 1929

PACIENTE: EMMA ISABELLA CARDENAS ALVARADO
ID: 1075271367

Calle 18 A# 6-65 Barrio Quirinal - Neiva / Tel: 8631602
Celular: 3182011555
Correo Electrónico: saludocupacional@optimusips.com

Powered by CamScanner

Gafas & Gafas

CALLE 10 No. 5-99 TEL. 871 9833 Neiva - Huila

- Exámen de Ojos
- Lentes de Contacto
- Cirugía con Láser

COTIZACIÓN No. 0352

Fecha: Sabado 16 Abril 2016

Empresa: Congregacion Siervas de Cristo Sacerdote

Señor(es.): Juliana Valentina perez Ramirez

C.C. 1084923984 **Tel.** _____

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente:

Trabajo:

Formula: ____ **O.D** N-050 x0 **$** _____

____ **O.I** N-050 x 170 **$** _____

Montura: Completa Sencilla **$** 80000

Otros: Lente oftalmico **$** 70000

TOTAL: Lente y Mont **$** 150000

Gafas & Gafas

OPTILASER

HERNANDO MUÑOZ CUELLAR
Nit. 12.139.122-2 Régimen Común

COTIZACION No. 1218

FECHA: 18 Abril 2026

EMPRESA: Congregación Siervo del Cristo Sufriente

SEÑOR (ES): Juliana Valentina Pence Ramirez

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente Trabajo:

FORMULA: O.D N-050 x0 $ _____

O.I. N-050 x 170 $ _____

MONTURA: montura Completa $ 130000

OTROS: Oftalmo $ 180000

TOTAL: Lente y Montura $ 310000

OPTILASER

Powered by CamScanner

Opti•Salud
más que un servicio...

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD
AK 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA Tel.: Nit.:800119574-0
HISTORIA DE OPTOMETRIA

Paciente:	PENCUE RAMIREZ JULIANA VALENTINA	**Documento:**	**TI 1084923984**
Fecha de atención:	26/03/2026 10:09:03 AM	**Fecha salida de atención:**	26/03/2026 10:19:40 AM
Lugar de atención:	A K 15CL SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA SEDE: OPTISALUD NEIVA UNICENTRO CIUDAD:		
Edad:	15 A, 11 M, 14 D	**Sexo:**	Femenino
Fecha de Nacimiento:	12/04/2010	**Estado civil:**	Otro;
Lugar de Residencia:	NEIVA(HUILA)	**Ocupación:**	NIÑA
Dirección:	LOS MARTIRES	**Teléfonos:**	3123633403
Entidad:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	**Contrato:**	PGP SUBSIDIADO HUILA
Régimen:	SUBSIDIADIO	**Tipo de Usuario:**	BENEFICIARIO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Documento:	111111111111
Nombre:	ERIKA GARCIA
Teléfono:	3209540836

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre:	ERIKA GARCIA
Teléfono:	3209540836
Parentesco:	AMIGO(A)

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo consulta: CONTROL

ACOMPAÑANTE: ERIKA GARCES - ENFERMERA HOGAR SAGRADA FAMILIA

TIPO DE EXAMEN:	PRIMERA VEZ EN OPTISALUD
OCUPACION HABITUAL:	ESTUDIANTE
DISTANCIA PUPILAR:	59

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	AVVL	AVVP	AVPH	ADICIÓN	DNP
Ojo Derecho	NEUTRO	-0.50	0 °	20/20 (1.00)				
Ojo Izquierdo	NEUTRO	-0.50	170 °	20/20 (1.00)				



QR de Validación

Profesional: BARRERA CASTRO JUAN DAVID
CC: 1018455219
Registro profesional: 1018455219
Especialidad: OPTOMETRIA

Powered by CamScanner

374.000

① Poly; AR. to: $350.000 too?

② Poly, Artoles $264,000. too?

③ Poly + AR 116,000. Con?

50% 8/10 750's.

Kala.

Powered by CamScanner

Gafas & Gafas

CALLE 10 No. 5-99 TEL. 871 9833 Neiva - Huila

- Exámen de Ojos
- Lentes de Contacto
- Cirugía con Láser

COTIZACIÓN No. 0355

Fecha: Sabado 18 Abl/2026

Empresa: Congregacion. Siervas de Cristo Sacerdote

Señor(es.): Luz Adriana Balbuena Medina - 1173713346

C.C. _____ Tel. _____

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente:

Trabajo:

Formula: O.D N-075 x40 $ _____

O.I N-075 x 155 $ _____

Montura: Completa Acetato $ 70.000

Otros: Lente Oftalmo $ 80000

TOTAL: Lente y Montura $ 150.000

Gafas & Gafas

OPTILASER

HERNANDO MUÑOZ CUELLAR
Nit. 12.139.122-2 Régimen Común

COTIZACION No. 1220

FECHA: 18 abl 2026

EMPRESA: Congregacion Siervo de Cristo Sumisto

SEÑOR (ES): Luz Adriana balbuena Medina - 1173713346

Atendiendo a su gentil solicitud, gustosos sometemos nuestra cotización para el siguiente Trabajo:

FORMULA: O.D N-075 x 40 $ _____

O.I. N-075 x 155 $ _____

MONTURA: Montura Completa $ 130000

OTROS: Lente oftalmico $ 180000

TOTAL: Lente y Montura. $ 310000

OPTILASER

Powered by CamScanner

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD NIT.:800119574-0

Opti•Salud

A K 15CL SUR CC UNICENTRO

Teléfono

20/03/2026 09:10:45 AM

PRESCRIPCIÓN DE LENTES

Lugar	Fecha de Expedición	Nº
	20 | 03 | 2026	

Nombre: BALBUENA MEDINA LUZ ADRIANA	Identificación del paciente: TI 1173713346	Identificación del Trabajador: C.C.
Nombre del profesional: JUANITA GAVIRIA POLANIA	Identificación del profesional: C.C. 1075302819	Teléfono ó E-mail del profesional
		Dirección del profesional

	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	NEUTRO	-0.75	40 °	20/30-
	IZQUIERDO	NEUTRO	-0.75	155 °	20/30-
CERCA	DERECHO				
	IZQUIERDO				

PROX. CONTROL: 1 año Sabado 20 de Marzo de 2027 **VIGENCIA :** 3 meses Jueves 18 de Junio de 2026

DISTANCIA PUPILAR: 57

TIPO DE LENTE: MONOFOCALES

CLASE DE FILTRO: SIN FILTRO

OBSERVACIONES: SE INFORMA AL USUARIO QUE, SEGÚN SU ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, A SU PROPIA COSTA, PODRÍA USAR LENTES/PRODUCTOS POLY+AR QUE LE PROPORCIONEN MAYOR CONFORT VISUAL Y QUE NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL PBS, NO SIENDO ESTO UNA PRESCRIPCIÓN O UNA ORDEN MÉDICA. EL PROFESIONAL Y OPTISALUD NO SE

OPTISALUD, en ningún caso tramitara o se hará cargo de garantías, pagos, indemnizaciones, devoluciones, compensaciones, reparación, adaptación de bienes, equipos, lentes, monturas y demás productos ópticos adquiridos en otra IPS u óptica que no pertenezcan a OPTISALUD

Firma del Profesional

Juanitag

Nº de Registro:

① EPS Ø basico CR39 $0?

② POLY TAR $70.000 too.

③ POLY, ARTÓ: $374,000.
$350.000 too.

④ 1.56 CR39. TAR TÓ: $150.000. too.

50% Ello h 50%.

Powered by CamScanner

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
4d60e8e6665c04770fb049cd44d4618c78605959191b6d8e9089921964bf398861036662a165012a10c2b342c9492363

Número de Factura: FEOP-1008
Fecha de Emisión: 23/04/2026
Fecha de Vencimiento: 23/04/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MUÑOZ VELASQUEZ CAMILA ANDREA
Nombre Comercial: MUÑOZ VELASQUEZ CAMILA ANDREA
Nit del Emisor: 1020826334
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8692

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 10 5 99
Teléfono / Móvil: 6088738045
Correo: camilaandreamunozvelasquez@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: congregacion siervas de cristo sacerdote
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 8600073141
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: Cra 1H 12 69 Los Martires
Teléfono / Móvil: 3125538845
Correo: hsfneiva@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	03 LENTES OFTALMICOS	03 Lente Oftalmico	94	1,00	$ 70.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 70.000,00
2	01 MONTURAS	01 Montura Completa	94	1,00	$ 80.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 80.000,00
3	03 LENTES OFTALMICOS	03 Lente Oftalmico	94	1,00	$ 70.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 70.000,00
4	01 MONTURAS	01 Montura Completa	94	1,00	$ 80.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 80.000,00
5	03 LENTES OFTALMICOS	03 Lente Oftalmico	94	1,00	$ 70.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 70.000,00
6	01 MONTURAS	01 Montura Completa	94	1,00	$ 80.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 80.000,00
7	03 LENTES OFTALMICOS	03 Lente Oftalmico	94	1,00	$ 70.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 70.000,00
8	01 MONTURAS	01 Montura Completa	94	1,00	$ 80.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 80.000,00
9	03 LENTES OFTALMICOS	03 Lente Oftalmico	94	1,00	$ 70.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 70.000,00
10	01 MONTURAS	01 Montura Completa	94	1,00	$ 80.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 80.000,00
11	03 LENTES OFTALMICOS	03 Lente Oftalmico	94	1,00	$ 70.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 70.000,00
12	01 MONTURAS	01 Montura Completa	94	1,00	$ 80.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 80.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
23/04/2026 15:47:50
Documento validado por la DIAN:
23/04/2026 15:47:50
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		900000
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		900000
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		900000
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 900000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		900.000,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		900.000,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		900.000,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 900.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764108462682 Rango desde: 1001 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2028-04-15



CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
NIT 860.007.314-1
Calle 12 2 88
Teléfono: 3162934412
Bogotá - Colombia

COMPROBANTE CONTABLE HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA No.	**CC-116-900**
Fecha de elaboración	2026-04-23

#	Cuenta contable	Tercero	Detalle	Descripción	Centro de costo	Débito	Crédito
1	52058401 - Gastos médicos y drogas	CAMILA ANDREA MUÑOZ VELASQUEZ		Gastos médicos y drogas FEOP-1008	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	900,000.00	0.00
2	2365400101 - RTE Compras 2.5%	CAMILA ANDREA MUÑOZ VELASQUEZ	Retefuente 2.5% Base: 900,000.00	Retefuente 2.5%	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	0.00	22,500.00
3	22050516 - Proveedores HSF NEIVA	CAMILA ANDREA MUÑOZ VELASQUEZ	CC-900 Cuota: 1 Fecha: 30/04/2026	Proveedores HSF NEIVA	HOGAR SAGRADA FAMILIA NEIVA (ICBF)	0.00	877,500.00
					Total	900,000.00	900,000.00

Observaciones

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
NIT 860.007.314-1
Calle 12 2 88
Tel: 3162934412
Bogotá - Colombia

Comprobante de Egreso HSF Neiva

No 519

Pagado a	CAMILA ANDREA MUÑOZ VELASQUEZ		
NIT	1.020.826.334-4	**Teléfono**	(608) 8738045
Dirección	CL 10 5 99	**Ciudad**	Neiva - Colombia

Fecha pago	Forma de pago
2026-04-24	BANCO CAJA SOCIAL AH 1564

El valor de	**Ochocientos setenta y siete mil quinientos pesos m/cte**	877,500.00

Concepto				Valor
Abono	CC-900	Cuota 1	30/04/2026	877,500.00
			Total COP	877,500.00

Observaciones:

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Maria De jesus Diaz	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	NEIVA	181.51.59.30	Abril 23 de 2026 04:25 pm

Número de Transacción: APII6114324168041293

Editor de Lotes

Fecha: Abril 24 de 2026 10:19 am

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******1564
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	RUBRO 112 GAFAS ABRIL 2026
Fecha de Aplicación:	Abril 24 de 2026
Valor del Lote:	$877.500,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	CAMILA MUÑOZ VELASQUEZ	CC 1020826334	Bancolombia	Cuenta Ahorros	91220899603	$877.500,00	--	FEOP-1008	GAFAS	--

Imprimir Cerrar