



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DESANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

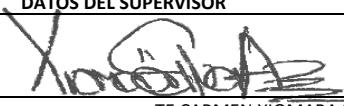
RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES / SERVICIOS

Acta No. 2026745000662231

Fecha:25/03/2026

INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato – Orden de Compra	497-DISANEJC-DMSOC-2026
Nombre Contratista	RIESGO DE FRACTURA S.A
Nit del contratista	NIT 830027158-3
Objeto del Contrato – Orden de Compra	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, ADSCRITOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR
Forma y condiciones de pago	<p>FORMA DE PAGO: Se compromete a cancelar el valor del contrato mediante consignación en la CUENTA CORRIENTE N° 19345455391 DEL BANCO BANCOLOMBIA A NOMBRE DE RIESGO DE FRACTURA S A identificado(a) con NIT 830027158, que el contratista acreditó como propia, o en otro banco o cuenta que el contratista designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias y siempre y cuando de aviso por escrito a la DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ", con no menos de treinta (30) días de anticipación, con presentación de la nueva certificación bancaria en donde se acredite su apertura. Mediante pagos parciales de acuerdo con facturación, soportados por acta de recibo a satisfacción emitida por el Supervisor del Contrato, previa presentación de cuenta de cobro por parte del Contratista, pagaderos dentro de los sesenta (60) días siguientes, una vez cumplidos los siguientes requisitos documentales:</p> <p>a) Acta de recibo a satisfacción parcial, expedida por el supervisor del Contrato. b) Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (asignación cupo PAC). c) Trámite de la cadena presupuestal para su obligación y pago. d) Verificación por parte del MDN - EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD- DIRECCIÓN DE SANIDAD-DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ", e) Cuenta de cobro o Documento equivalente a la factura según artículo 3 del Decreto 522 del 07 de marzo de 2003. f) Orden de pago del SIIF y una vez se encuentre aprobado el programa anual mensualizado de caja PAC.</p>
Modificaciones al Contrato – Orden de Compra	NO PRESENTA MODIFICACIONES
Nombre Supervisor Contrato – Orden de Compra	TE CARMEN XIOMARA SILVA ALBARRACIN
VALORES CONTRACTUALES	
Valor del contrato	\$ 160.000.000,00
Valor reducción	
Valor Vigencia Futura (VF)	
Valor Adición (AD) AL Valor Vigencia Futura (VF)	\$ -
Valor total del contrato	\$ 160.000.000,00
TIEMPOS DE EJECUCION	
Plazo de ejecución	30 DE NOVIEMBRE 2026
FACTURAS A PAGAR	
Número de la factura	451384, 447219, 448294, 450613, 450906, 451556, 450244, 451150, 448017, 450966, 448528, 447790, 450250, 451180, 449944, 451304, 450249, 450826, 445100, 447934, 451707, 449224, 450825, 450267, 450731, 447894, 6624.
Fecha de la factura	feb-26
Valor de la factura	\$ 6.077.857.00
Notas crédito	0
Notas debito	0
INFORMACION AUDITORIA CUENTAS MEDICAS (Cuando aplique)	

N°	NUMERO LOTE	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL ATENCIÓN	VL GLOSA INICIAL	VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA
1	AD000079205	FEBO	451384	243.748,00	-	243.748,00
2	AD000079205	FEBO	447219	243.748,00	-	243.748,00
3	AD000079205	FEBO	448294	487.496,00	-	487.496,00
4	AD000079205	FEBO	450613	93.286,00	-	93.286,00
5	AD000079205	FEBO	450906	262.572,00	-	262.572,00
6	AD000079205	FEBO	451556	262.572,00	-	262.572,00
7	AD000079205	FEBO	450244	93.286,00	-	93.286,00
8	AD000079205	FEBO	451150	243.748,00	-	243.748,00
9	AD000079205	FEBO	448017	262.572,00	-	262.572,00
10	AD000079205	FEBO	450966	243.748,00	-	243.748,00
11	AD000079205	FEBO	448528	243.748,00	-	243.748,00
12	AD000079205	FEBO	447790	262.572,00	-	262.572,00
13	AD000079205	FEBO	450250	243.748,00	-	243.748,00
14	AD000079205	FEBO	451180	243.748,00	-	243.748,00
15	AD000079205	FEBO	449944	243.748,00	-	243.748,00
16	AD000079205	FEBO	451304	243.748,00	-	243.748,00
17	AD000079205	FEBO	450249	88.709,00	-	88.709,00
18	AD000079205	FEBO	450826	262.572,00	-	262.572,00
19	AD000079205	FEBO	445100	93.286,00	-	93.286,00
20	AD000079205	FEBO	447934	262.572,00	-	262.572,00
21	AD000079205	FEBO	451707	262.572,00	-	262.572,00
22	AD000079205	FEBO	449224	243.748,00	-	243.748,00
23	AD000079205	FEBO	450825	262.572,00	-	262.572,00
24	AD000079205	FEBO	450267	88.709,00	-	88.709,00
25	AD000079205	FEBO	450731	88.709,00	-	88.709,00
26	AD000079346	FEBO	447894	262.572,00	-	262.572,00
27	AD000079519	FECC	6624	243.748,00	-	243.748,00
TOTAL				\$ 6.077.857,00	\$ -	\$ 6.077.857,00
Valor Inicial						\$ 160.000.000,00
Valor Glosa						\$ 0,00
Valor a Pagar Aprobado Por Auditoria						\$ 6.077.857,00
VALOR FINAL A PAGO						
Valor a pagar						\$ 6.077.857,00
Afectación de recurso (CSF-SSF)						(REC 10)
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA						
Valor Apalancamiento (AP)				\$	-	-
Valor Vigencia Futura (VF)				\$	-	-
Valor Adición (AD) AL Valor Vigencia Futura (VF)				\$	-	-
Valor total del contrato						\$ 160.000.000,00
Valor pagado al contratista						\$ 16.369.476,00
Valor tramitado a pago						\$ 6.077.857,00
Saldo del contrato						\$ 137.552.667,00
APORTES PARAFISCALES						
Número de la planilla				50847741		
Fecha de pago de la planilla				13/02/2026		
Periodo salud				FEBRERO/ 2026		
Periodo pensión				FEBRERO/ 2026		
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)				SI		
Fecha de la certificación				La certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el dieciséis (16) de febrero del año 2026 con destino a quien interese.		
RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO						
1) Suscribir el contrato ofrecido. 2) Cumplir con las especificaciones técnicas de la invitación pública y de su oferta, en los términos allí previstos 3) Suministrar oportunamente todos los informes que requiera el supervisor, necesarios para cumplir con los programas, plazos y especificaciones técnicas del objeto del contrato. 4) Dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por el supervisor y los documentos del contrato. 5) Para el ejercicio del objeto de contrato, cumplir con la normatividad en Salud (Leyes, Decretos, Acuerdos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía y Resoluciones Ministeriales), Administrativa, Contable, Fiscal y Financiera, de la facturación médica con cargo a la						

<p>Obligaciones Cumplidas</p>	<p>DMSOC como Unidad Ejecutora.</p> <p>6) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del DMSOC – o participantes directas o indirectamente en cualquier momento u oportunidad, antes, durante o después de la suscripción del presente contrato.</p> <p>7) Entregar documentación pertinente al objeto del contrato.</p> <p>8) No suministrar a terceros la información técnica, administrativa y/o financiera del contrato.</p> <p>9) Asistir a las citaciones del DMSOC en forma verbal o por escrito. El retardo o la mora en el cumplimiento se entenderá cuando la administración o la supervisión del contrato haya señalado plazos fijos, ciertos y determinados para cumplir aún sin requerir solicitud escrita.</p> <p>10) Para la Ejecución del contrato y cada mes durante la vigencia del contrato, y al momento de la liquidación de este, entregar los recibos de pago de seguridad social integral y riegos laborales</p> <p>11) Certificar una cuenta de ahorros o corriente para efectos del pago del contrato.</p> <p>12) Cumplir con el objeto del presente contrato de conformidad con las solicitudes que le formule el DMSOC.</p> <p>13) Deberá dar cumplimiento a las obligaciones determinadas en los documentos precontractuales al igual que las ofertadas en su correspondiente ofrecimiento.</p> <p>14) Cumplir con el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno del CONTRATISTA con el Ministerio de Defensa Nacional Ejército Nacional Dirección de Sanidad DMSOC.</p> <p>15. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015.</p> <p>16) Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993.</p> <p>17) Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.</p>
ACTIVIDADES REALIZADAS	
<p>NOTA: SEGUIMIENTO A LAS FACTURAS QUE RADICARON QUE FUERAN DE PERSONAL DE LAS FUERZAS MILITARES EN ESTADO ACTIVO</p>	
<p>Anexos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Informe de supervisión # 1 CTO 497 DISANEJC-DMSOC 2026 • <input checked="" type="checkbox"/> Acta de recibo de satisfacción • <input checked="" type="checkbox"/> Certificación de parafiscales • <input checked="" type="checkbox"/> Copia certificación contador • <input checked="" type="checkbox"/> Planilla Salud y Pensión 	
DATOS DEL SUPERVISOR	
FIRMA	
GRADO NOMBRE Y APELLIDO	TE CARMEN XIOMARA SILVA ALBARRACIN



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO445100**

Fecha Factura: 28 feb. 2026 10:51 a. m.

Cufe: 9052b652c3dc3e2adfdab902bc83aacbe23c0ac7b882173b160f66d60b2fd8ed1fff02f0c90bc0e23ce98a7f6a77190

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 28 feb. 2026 10:48 a. m. **Fecha Egreso:** 28 feb. 2026 10:50 a. m.

Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3686958

Autorización: AUT-2026-02-573978

Area de servicio: 610001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PONTEVEDRA

Identificación: 1141342927

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: SAMUEL LEONARDO CARMONA MARTINEZ

Sexo: Masculino

Edad: 12 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
CONSULTAS					
890325	890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	1,00	\$ 93.286,00	\$ 93.286,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 93.286,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTO

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 93.286,00

TOTAL: NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

NMRIVERA

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO447219

Fecha Factura: 04 mar. 2026 08:49 a. m.

Cufe: bac936c3aa2e909ec59c93de1b6e955ea6009127a20816a2b45415d4b7f9135beca3650a487d0ffbcde4571cc5241b18

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 04 mar. 2026 08:47 a. m. Fecha Egreso: 04 mar. 2026 08:48 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3694220

Autorización: AUT202602297961

Area de servicio: 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

Identificación: 1028947637

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: LAURA SOFIA ROA DIAZ

Sexo: Femenino

Edad: 14 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 243.748,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTO

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

LCUASTUMAL

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO447934

Fecha Factura: 05 mar. 2026 10:46 a. m.

Cufe: 841da076202a984db14bedec2d70acd2eea23333b5011fcd91a4c9489545c09d05bc99c2dd93c557e15e797054b554db

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 05 mar. 2026 10:41 a. m. **Fecha Egreso:** 05 mar. 2026 10:44 a. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3697731

Autorización: AUT202602461019

Area de servicio: 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

Identificación: 1146142375

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: JOSEPH JERONIMO PEREZ RETAVISCA

Sexo: Masculino

Edad: 8 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
860203	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	1,00	\$ 262.572,00	\$ 262.572,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 262.572,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 262.572,00

TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DCASTILLOS

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO448017**

Fecha Factura: 05 mar. 2026 12:02 p. m.

Cufe: e17361b924d06cbe223105161113fb857550706f98d6a59c94f8184a16d93ef1e83eafcec516f8d0daf146833d28e978

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 05 mar. 2026 11:59 a. m. **Fecha Egreso:** 05 mar. 2026 12:01 p. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3698105

Autorización: AUT202602567203

Area de servicio: 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

Identificación: 1022161900 **Tipo Documento:** Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: SANTIAGO PRESTON ECHEVERRI

Sexo: Masculino

Edad: 9 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
860203	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	1,00	\$ 262.572,00	\$ 262.572,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 262.572,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 262.572,00

TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

VRIAÑO

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO448294**

Fecha Factura: 06 mar. 2026 08:02 a. m.

Cufe: 22f540daa619e445f3819640614b4c313ee52ec30f6053ec63ceaaaf900f7002e3c0c53cf358fb4f64a2d66548fdbba6c

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 06 mar. 2026 07:58 a. m. **Fecha Egreso:** 06 mar. 2026 08:00 a. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3701279

Autorización: AUT202602267184

2/2

Area de servicio: 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

Identificación: 77194651

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía

Tipo Afiliado: Cotizante

Nombres y Apellidos: MIGUEL ENRIQUE OROZCO PACHECO

Sexo: Masculino

Edad: 48 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	2,00	\$ 243.748,00	\$ 487.496,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 487.496,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 487.496,00

TOTAL: CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

YROA			
ELABORO	LIQUIDACION Y CARTERA	FIRMA Y HUELLA PACIENTE	AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO448528**

Fecha Factura: 06 mar. 2026 11:30 a. m.

Cufe: ca7e4b75db6de27636e5f4242eee83d6f7e80dba6cdce6e89a561de7d2fc858fe9125f12e5e1cb450ba5f9c83dcbd8f7

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 06 mar. 2026 11:28 a. m. **Fecha Egreso:** 06 mar. 2026 11:30 a. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3702751

Autorización: AUT202602436981

Area de servicio: 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

Identificación: 1031822086

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Cotizante

Nombres y Apellidos: DANIEL ANDRES QUITUMBO PALACIO

Sexo: Masculino

Edad: 15 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

AGARZON

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO449944**

Fecha Factura: 10 mar. 2026 01:05 p. m.

Cufe: fe13c0886b66ba61b6a6bb34ecbfaaef8ed1ddc126d2d52ddb4cf727cb85ea04fc6557174d7c02e8bf425dab0d29414b

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 10 mar. 2026 12:59 p. m. **Fecha Egreso:** 10 mar. 2026 01:01 p. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3719613

Autorización: AUT202602262521

2/3

Area de servicio: 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

Identificación: 1011232259 **Tipo Documento:** Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: SAMANTA BAUTISTA CABREJO

Sexo: Femenino

Edad: 11 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ERAMOSG

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO450244**

Fecha Factura: 11 mar. 2026 08:00 a. m.

Cufe: 3ed76e4b103fb7de601bc233ab435642dc162118a164c59abb9b0e5fadccd05112ac3e20325a303f6b7153206e25751e

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 26 feb. 2026 07:21 a. m. **Fecha Egreso:** 26 feb. 2026 07:22 a. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3676392

Autorización: aut-2026-02-298179

Area de servicio: 610001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PONTEVEDRA

Identificación: 1046733622 **Tipo Documento:** Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: DANNA SOPHIA AQUITE ESCORCIA

Sexo: Femenino

Edad: 8 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
CONSULTAS					
890325	890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	1,00	\$ 93.286,00	\$ 93.286,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 93.286,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 93.286,00

TOTAL: NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

MGAONA

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO450249

Fecha Factura: 11 mar. 2026 08:10 a. m.

Cufe: 36dd02314f2652c7a3db30b6e3e989ee61d0a09fbbd2ca02e11de75aac78df0bf62b79fe0e6512dbfcb00182c0a10b48

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 26 feb. 2026 07:01 a. m. Fecha Egreso: 26 feb. 2026 07:02 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3676282

Autorización: AUT-2026-02-576546

Area de servicio: 610001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PONTEVEDRA

Identificación: 1034668110 Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: VALERY VARGAS CASTAÑO

Sexo: Femenino

Edad: 12 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
890225	890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	1,00	\$ 88.709,00	\$ 88.709,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 88.709,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTO

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 88.709,00

TOTAL: OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

VCALDERONA

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO450250

Fecha Factura: 11 mar. 2026 08:11 a. m.

Cufe: bbf4fd446546d73f2a4f09490154553160b2f58f2a90bc7461bfc154ad75f511e121e0b4dda3e156d80258b7023e2bf

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 11 mar. 2026 08:08 a. m. Fecha Egreso: 11 mar. 2026 08:10 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3722855

Autorización: AUT202602372421

1/6

Area de servicio: 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

Identificación: 1031852365 Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: YAAKOV ANDRES MEDINA SANCHEZ /

Sexo: Masculino

Edad: 7 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

LCUASTUMAL

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO450613

Fecha Factura: 11 mar. 2026 03:19 p. m.

Cufe: 8accdb06b0f8814f07854206f55a9290f120af6e581aa238a226d90bca8118d291962b5381088e83c9070916a81c43c3

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 20 feb. 2026 10:54 a. m. Fecha Egreso: 20 feb. 2026 11:00 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3650770

Autorización: AUT 2026-02-294452

Area de servicio: 610001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA PONTEVEDRA

Identificación: 1094882130

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: KIMBERLY NICOL VARON CASTRO

Sexo: Femenino

Edad: 21 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
CONSULTAS					
890325	890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	1,00	\$ 93.286,00	\$ 93.286,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 93.286,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 93.286,00

TOTAL: NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

MGAONA

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO450731**

Fecha Factura: 11 mar. 2026 06:06 p. m.

Cufe: 5ab2b921d38a2db80261a27a9bfb51003a322f4bc39bb7ffb0a192186fd60f7953463434ca20c4bf79eba2c4ab4d0861

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 11 mar. 2026 05:59 p. m. **Fecha Egreso:** 11 mar. 2026 06:00 p. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3726246

Autorización: AUT202602427416

Area de servicio: 510001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA AMERICAS

Identificación: 1061710284

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: ANA MARIA PATIÑO CORTES

Sexo: Femenino

Edad: 37 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
CONSULTAS					
890225	890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	1,00	\$ 88.709,00	\$ 88.709,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 88.709,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 88.709,00

TOTAL: OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DCASTILLOS

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO450825

Fecha Factura: 12 mar. 2026 07:36 a. m.

Cufe: 7ca0ca99b247f3a71ee000c64739127634190d3e5d0c29742bf7a0a28ab93f1cbf3b0b727e2185c69d59d656e717e611

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 07:34 a. m. Fecha Egreso: 12 mar. 2026 07:36 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3728308

Autorización: AUT202603658407

Area de servicio: 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

Identificación: 1141356486

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: DANNA VALENTINA SALDAÑA VANEGAS

Sexo: Femenino

Edad: 9 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
860203	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	1,00	\$ 262.572,00	\$ 262.572,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 262.572,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 262.572,00

TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ERAMOSG

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO450826**

Fecha Factura: 12 mar. 2026 07:38 a. m.

Cufe: e836ed8d9643f63d3f8a317df9e704bd948e9300ff564b0949f1508e0bb953b51306ce5a749ba9d334d2c3682a599bd8

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 07:37 a. m. **Fecha Egreso:** 12 mar. 2026 07:38 a. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3728328

Autorización: AUT202603658406

Area de servicio: 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

Identificación: 1141376838 **Tipo Documento:** RegistroCívil

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: ANGELS DAVID SALDAÑA VANEGAS

Sexo: Masculino

Edad: 4 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
860203	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	1,00	\$ 262.572,00	\$ 262.572,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 262.572,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 262.572,00

TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ERAMOSG

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO450906

Fecha Factura: 12 mar. 2026 08:24 a. m.

Cufe: 69d344a132ee3f03817539ba40669f746f4c7bd579a678dc2ee4f5ff7c59f3fd96638fbbfa07cf7d23a9b4c11b05357f

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 08:21 a. m. Fecha Egreso: 12 mar. 2026 08:22 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3728646

Autorización: AUT202602240688

Area de servicio: 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

Identificación: 1016744069 Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Ninguno

Nombres y Apellidos: DANIEL ANDRES PINZON HURTADO

Sexo: Masculino

Edad: 8 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
860203	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	1,00	\$ 262.572,00	\$ 262.572,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 262.572,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 262.572,00

TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

MMROJAS

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO450966

Fecha Factura: 12 mar. 2026 08:50 a. m.

Cufe: a556eb730fb4b0b8efdd9c13ce78f65d9fb7e92939477be827eae8c4244b1cd0943d13a8996e5dd5d03faf0395cb1984

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 08:47 a. m. Fecha Egreso: 12 mar. 2026 08:49 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3728801

Autorización: AUT202603702507

1/1

Area de servicio: 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

Identificación: 1014302692 Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: JUAN DIEGO CLEVES DIAZ

Sexo: Masculino

Edad: 9 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELOPEZ

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO451150

Fecha Factura: 12 mar. 2026 10:14 a. m.

Cufe: 1a224b054c7d19c79326daff2c9a51e0c596571c84e497c5ac3d210ab798aaaa0c594747ef95db34b46147b95ed760b4

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 10:11 a. m. Fecha Egreso: 12 mar. 2026 10:13 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3729451

Autorización: AUT202602518578

1/1

Area de servicio: 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

Identificación: 1070603923

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: ASHLEY ARIANA CAVIEDES DIAZ

Sexo: Femenino

Edad: 16 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ERAMOSG

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO451180**

Fecha Factura: 12 mar. 2026 10:31 a. m.

Cufe: e248436061eed5c50958d69e0a1d81d45793f76771a3c0d6eeeba238f9572b1ae0551d3a0a7d733b11a77bcf6fe00b1b

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 10:28 a. m. **Fecha Egreso:** 12 mar. 2026 10:30 a. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3729579

Autorización: AUT202603734359

1/1

Area de servicio: 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

Identificación: 1031845450

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: DAVID STIVEN AMAYA HERNANDEZ

Sexo: Masculino

Edad: 9 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

MMROJAS

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO451304**

Fecha Factura: 12 mar. 2026 11:30 a. m.

Cufe: 6fc0279cabe952aa48dcf0402d052eb2a20f53d09ca69acf8f3da4163fd951c7b734668d8afac9df9659e59d2d083b9e

Centro Atención: PONTEVEDRA. Dirección: CL 116 NO 70D 65 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 11:28 a. m. **Fecha Egreso:** 12 mar. 2026 11:29 a. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3729979

Autorización: AUT202602581497

1/6

Area de servicio: 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

Identificación: 1034668110 **Tipo Documento:** Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: VALERY VARGAS CASTAÑO

Sexo: Femenino

Edad: 12 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELOPEZ

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: **FEBO451384**

Fecha Factura: 12 mar. 2026 12:08 p. m.

Cufe: 4ba7b4e887eca886ca861e7c760b3a8e5f412fa7803f28a0e83946e69b3436ab2e06103a5c55660649ff9b9dd14f91ee

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 12:06 p. m. **Fecha Egreso:** 12 mar. 2026 12:07 p. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3730139

Autorización: AUT202603776993

1/12

Area de servicio: 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

Identificación: 1030654982

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: ERICK SANTIAGO RODRIGUEZ ROJAS

Sexo: Masculino

Edad: 12 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ERAMOSG

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO451556

Fecha Factura: 12 mar. 2026 02:27 p. m.

Cufe: 37fd70b4b6c9791d40c9e845262bcac2ebb34a8fb0c835df3a1a12550873b922bd4c126a009d00fa252eb928da2333ca

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 02:22 p. m. **Fecha Egreso:** 12 mar. 2026 02:25 p. m. **Plan:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3730691

Autorización: AUT202603671129

Area de servicio: 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

Identificación: 1121939519

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: BRAYAN FELIPE SANCHEZ RODRIGUEZ

Sexo: Masculino

Edad: 11 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
860203	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	1,00	\$ 262.572,00	\$ 262.572,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 262.572,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 262.572,00

TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ERAMOSG

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FEBO451707

Fecha Factura: 12 mar. 2026 04:07 p. m.

Cufe: 32f4e3f2ea56c7c368d7e813a94c6d1b4f3e1366a1d1c32995d69e148fa2159cf5610a39b0c14ea9abd90afc092490c1

Centro Atención: AMERICAS. Dirección: CR 56 NO 9 - 91 LC 18 P1 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 12 mar. 2026 04:03 p. m. Fecha Egreso: 12 mar. 2026 04:06 p. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3731142

Autorización: AUT202602559208

Area de servicio: 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

Identificación: 1031152868

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: KEVIN SANTIAGO BELTRAN CORZO /

Sexo: Masculino

Edad: 13 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS					
860203	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	1,00	\$ 262.572,00	\$ 262.572,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 262.572,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 262.572,00

TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ERAMOSG

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764091218909 DEL 29 mar. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO266.010 AL FEBO500.000. VIGENCIA 29 mar. 2025-29 mar. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.



Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN



Factura electrónica de venta: FECC6624

Fecha Factura: 13 mar. 2026 07:50 a. m.

Cufe: 8e636b23312a5de39687a4f754c8d25a349f6fe3035c8f266e00d2b1bf25863dea4925ec28744d455517dcb61619da09

Centro Atención: CHIA. Dirección: AV LOS ZIPAS ED CONEXION LC 502 . Teléfono:

Fecha Ingreso: 11 mar. 2026 09:01 a. m. Fecha Egreso: 11 mar. 2026 09:05 a. m. Plan: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE BOGOTA

Cliente: DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE

NIT: 901540992

Dirección: CR 86 53 B 80 SUR

Contrato N°: 497-DISANEJEC-

Teléfono: 3235736327

Caso: Ambulatorio

Forma Pago: 0 días

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Fecha impresión:

13/04/26

Atención N°: 3723182

Autorización: AUT202602270346

1/1

Area de servicio: 1115001 - INMUNOTERAPIA CHIA

Identificación: 1023084551 Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: MARIA ALEJANDRA GONZALEZ CASTRO

Sexo: Femenino

Edad: 17 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS					
991202	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	1,00	\$ 243.748,00	\$ 243.748,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 243.748,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 243.748,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

VCALDERONA

ELABORO

LIQUIDACION Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR



La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764098137054 DEL 03 sep. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FECC3.447 AL FECC50.000. VIGENCIA 03 sep. 2025-03 sep. 2026. IVA Régimen Común. Actividad económica: 8621 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
RIESGO DE FRACTURA S.A.
NIT. 830.027.158**

HACER CONSTAR QUE:

Que la Empresa **RIESGO DE FRACTURA S A** identificada con NIT 830.027.158, ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones con las Entidades Promotoras de Salud al mes de **Marzo de 2026** y con los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y servicio Nacional de Aprendizaje – SENA correspondientes al mes de **Febrero** del año 2026.

Igualmente, bajo la gravedad de juramento, manifiesta que durante los últimos 6 meses a la fecha de expedición de la presente se han pagado dichos aportes.

Mi firma como revisor fiscal se limita a la información de carácter contable según la ley 43 de 1990, la información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

La certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el dieciocho (18) de marzo del año 2026 con destino a quien interese.

Cordialmente,



ANDREA JULIETH RAMOS ERAZÓ

C.C. 1.022.356.202

T.P. 182231-T

Revisor Fiscal

Miembro de Astaf Auditores y Consultores Contables S.A.S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.356.202**

RAMOS ERAZO

APELLIDOS

ANDREA JULIETH

NOMBRES

Andrea Ramos
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-MAR-2007 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00278777-F-1022356202-20110127 0025607734A 1 36009695

SECRETARÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	830027158-3	RIESGO DE FRACTURA SA.		CRA 20 B # 74-46	5922991	cindy.calderonc@cayre.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A - Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62638745	13/03/2026	499	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	\$1,571,533,057	\$422.710.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSA EPS S.A.	830113831-0	1.987.100	0		0	0	0	0	0	0	1.987.100	7
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	7.154.800	0		0	0	0	0	0	0	7.154.800	72
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	30.671.900	0		0	0	0	0	0	0	30.671.900	147
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	16.690.900	0		0	0	0	0	0	0	16.690.900	103
EPS010	EPS Sura	800088702-2	8.761.100	0		0	0	0	0	0	0	8.761.100	52
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	406.400	0		0	0	0	0	0	0	406.400	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	8.167.800	0		0	0	0	0	0	0	8.167.800	80
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	214.000	0		0	0	0	0	0	0	214.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	2.621.500	0		0	0	0	0	0	0	2.621.500	24
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	70.100	0		0	0	0	0	0	0	70.100	1
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	129.900	0		0	0	0	0	0	0	129.900	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	550.000	0		0	0	0	0	0	0	550.000	4
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	75.600	0		0	0	0	0	0	0	75.600	1
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	70.100	0		0	0	0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	46.215.200	0	0	200.700	200.700	0	0		46.616.600	102	
230301	Porvenir	800224808-8	99.064.300	0	0	470.100	526.900	0	0		100.061.300	216	
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.854.000	0	0	159.400	159.400	0	0		6.172.800	3	
231001	Colfondos	800227940-6	34.690.900	0	0	284.600	284.600	0	0		35.260.100	65	
25-14	Colpensiones	900336004-7	61.826.400	0	0	655.700	1.093.400	0	0		63.575.500	99	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	901469580-2	24.378.300				24.378.300	0	0	24.378.300			243.783	24.378.300	499

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF10	Comfaboy	891800213-8	1.152.100	0	0	1.152.100	11	
CCF11	Comp Fliar Caldas	890806490-5	360.700	0	0	360.700	4	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	53.002.800	0	0	53.002.800	410	
CCF43	Comfenalco Quindio	890000381-0	331.500	0	0	331.500	3	
CCF44	Comfamiliar Risaralda	891480000-1	1.264.300	0	0	1.264.300	13	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	830027158-3	RIESGO DE FRACTURA SA.		CRA 20 B # 74-46	5922991	cindy.calderonc@cayre.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A - Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62638745	13/03/2026	499	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	\$1,571,533,057	\$422.710.100	

CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	5.597.100	0	0	5.597.100	45
-------	------------------	-------------	-----------	---	---	-----------	----

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
2.946.300	0	0	2.946.300	5
ICBF				
4.419.500	0	0	4.419.500	5
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	14	77.571.200	77.571.200
Pensión	5	251.686.300	251.686.300
Riesgos Laborales	1	24.378.300	24.378.300
CCF	6	61.708.500	61.708.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	4.419.500	4.419.500
MEN	0	0	0
SENA	1	2.946.300	2.946.300
TOTALES	28	422.710.100	422.710.100

PAGADA