

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL



DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO  
DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"

INFORME DE SUPERVISIÓN N°: 2026745013061473

FECHA INFORME : 27 ABRIL 2026

1. INFORMACIÓN CONTRATO

497-DISANEJC- DMSOC-2026	FECHA INICIO CTO: 02 FEBRERO 2026	FECHA APROBACIÓN POLIZA: 24/06/2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RIESGO DE FRACTURAS S.A		NIT o CC:830027158-3
PLAZO DE EJECUCIÓN: 30/11/2026	LUGAR DE ENTREGA:	SE PRESTARÁ LOS SERVICIOS EN BOGOTÁ PARA LOS DISPENSARIOS DE LA REGIONAL 9

OBJETO DEL CONTRATO: 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 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:

- 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",

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	\$	160 000 000,00
VALOR DE LA ADICCIÓN	\$	-
VALOR REDUCCIÓN	\$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	\$	-
VALOR TOTAL	\$	160 000 000,00

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	11626	VALOR: \$160.000.000,00
REGISTRO PRESUPUESTAL N°:	56626	VALOR: \$160.000.000,00

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	VALOR FACTURA	IVA	VALOR A PAGAR
			1.596.977		1.596.977
			2.332.798		2.332.798
			2.958.338		2.958.338
			7.419.269		7.419.269
			2.062.094		2.062.094
			6.077.857.00		6.077.857.00
<b>TOTAL A CANCELAR</b>					<b>16.369.476,00</b>

6. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICADO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR APROBADO POR AUDITORIA
469631	16-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00		243.748,00
469608	16-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00		243.748,00

469621	16-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00	243.748,00
469602	16-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00	243.748,00
466342	13-04-2026	2026 - ABRIL	262.572,00	262.572,00
466270	13-04-2026	2026 - ABRIL	487.496,00	487.496,00
463795	07-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00	243.748,00
463817	07-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00	243.748,00
463856	07-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00	243.748,00
466464	13-04-2026	2026 - ABRIL	487.496,00	487.496,00
466065	11-04-2026	2026 - ABRIL	262.572,00	262.572,00
465959	11-04-2026	2026 - ABRIL	262.572,00	262.572,00
463788	07-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00	243.748,00
466336	13-04-2026	2026 - ABRIL	262.572,00	262.572,00
465613	10-04-2026	2026 - ABRIL	88.709,00	88.709,00
466601	13-04-2026	2026 - ABRIL	88.709,00	88.709,00
466742	13-04-2026	2026 - ABRIL	93.286,00	93.286,00
465860	11-04-2026	2026 - ABRIL	243.748,00	243.748,00
466006	11-04-2026	2026 - ABRIL	262.572,00	262.572,00
<b>TOTAL A CANCELAR</b>			<b>\$ 4.752.288,00</b>	<b>\$ 4.752.288,00</b>

FECHA AUDITORIA

**7. EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA**

CONCEPTO	V/R CONTRATO	VALOR CANCELADO	VALOR A TRAMITAR PAGO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
VALOR CONTRATO U ORDEN COMPRA	\$ 160.000.000,00	51.402.608,00	\$ 4.752.288,00	108.597.392
SERVICIOS PRESTADOS FEBRERO 2026				
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 160.000.000,00</b>	<b>51.402.608,00</b>	<b>\$ 4.752.288,00</b>	<b>\$ 108.597.392,00</b>
<b>% DE EJECUCION VALOR CANCELADO</b>	<b>32%</b>	<b>% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO</b>	<b>35%</b>	

**7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA**

VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
	PENDIENTE DE PAGO			\$ -

**7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA**

VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	\$	160.000.000,00
VALOR CANCELADO	\$	51.402.608,00
VALOR A TRAMITAR A PAGO	\$	4.752.288,00
VALOR SALDO CONTRATO	\$	103.845.104,00

**8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

El proveedor cumple con la obligación de prestar los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios del Establecimiento de Sanidad Militar con la verificación del documento de identidad original, orden de servicio autorizada, y formato de referencia.

**9. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA**

**10. ANEXOS AL INFORME**

*X. García*



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

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES / SERVICIOS

Acta No. 2026745013066103

Fecha 27/04/2026

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 acredite 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 "HEROES 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	469631,469608,469621,469602,466342,466270,463795,463817,463856,466464,466065,466959,463788,466336,465613,466601,466742,465860,466006
Fecha de la factura	ABRIL-2026
Valor de la factura	4.752.288
Notas crédito	0
Notas debito	0

INFORMACION AUDITORIA CUENTAS MEDICAS (Cuando aplique)						
N°	NUMERO LOTE	PREFIO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL ATENCIÓN	VL GLOSA INICIAL	VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA
1	AD000085560	FEBO	469631	243.748,00		243.748,00
2	AD000085560	FEBO	469608	243.748,00		243.748,00
3	AD000085560	FEBO	469621	243.748,00		243.748,00
4	AD000085560	FEBO	469602	243.748,00		243.748,00
5	AD000085838	FEBO	466342	262.572,00		262.572,00
6	AD000085838	FEBO	466270	487.496,00		487.496,00
7	AD000085838	FEBO	463795	243.748,00		243.748,00
8	AD000085838	FEBO	463817	243.748,00		243.748,00
9	AD000085838	FEBO	463856	243.748,00		243.748,00
10	AD000085838	FEBO	466464	487.496,00		487.496,00
11	AD000085838	FEBO	466065	262.572,00		262.572,00
12	AD000085838	FEBO	465959	262.572,00		262.572,00
13	AD000085838	FEBO	463788	243.748,00		243.748,00
14	AD000085838	FEBO	466336	262.572,00		262.572,00
15	AD000085838	FEBO	465613	88.709,00		88.709,00
16	AD000085838	FEBO	466601	88.709,00		88.709,00
17	AD000085838	FEBO	466742	93.286,00		93.286,00
18	AD000085838	FEBO	465860	243.748,00		243.748,00
19	AD000085838	FEBO	466006	262.572,00		262.572,00
<b>TOTAL</b>				<b>4 752 288,00</b>	<b>\$ -</b>	
Valor Inicial						\$ 160.000.000,00
Valor Glosa						\$ 0,00
Valor a Pagar Aprobado Por Auditoria						\$ 4.752.288,00
<b>VALOR FINAL A PAGO</b>						
Valor a pagar						\$ 4.752.288,00
Afectación de recurso (CSF-SSF)						(REC 10)
<b>BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA</b>						
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						\$ 51.402.608,00
Valor tramitado a pago						4.752.,288,00
Saldo del contrato						\$ 103.845.104,00
<b>APORTES PARAFISCALES</b>						
Número de la planilla				62638745		
Fecha de pago de la planilla				13/03/2026		
Periodo salud				MARZO/ 2026		
Periodo pensión				FEBRERO/ 2026		
Certificación de aportes (revisoria 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.		
<b>RECIBIDO A SATISFACCION DEL BIEN O SERVICIO</b>						
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 DMSOC como Unidad Ejecutora.						
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.						
7) Entregar documentación pertinente al objeto del contrato.						
8) No suministrar a terceros la información técnica, administrativa y/o financiera del contrato.						
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.						
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						
11) Certificar una cuenta de ahorros o corriente para efectos del pago del contrato.						
Obligaciones Cumplidas						

- 12) Cumplir con el objeto del presente contrato de conformidad con las solicitudes que le formule el DMSOC.
- 13) Deberá dar cumplimiento a las obligaciones determinadas en los documentos precontractuales al igual que las ofertadas en su correspondiente ofrecimiento.
- 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.
- 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.
- 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.
- 17) Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.

**ACTIVIDADES REALIZADAS**

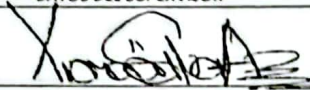
NOTA: SEGUIMIENTO A LAS FACTURAS QUE RADICARON QUE FUERAN DE PERSONAL DE LAS FUERZAS MILITARES EN ESTADO ACTIVO

Anexos:

- Informe de supervisión # 10 CTO 497 DISANEJC-DMSOC 2026
- Acta de recibo de satisfi
- Certificación de parafisc
- Copia certificación conta
- 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: **FEBO463788**

Fecha Factura: 07 abr. 2026 01:17 p. m.

Cufe: b0eb116b7d41a97ccba056430d002878424f12aa464237b8b76db2e65ddac43c8cb603d8f7207a06608767db377d02f7

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

**Fecha Ingreso:** 07 abr. 2026 01:13 p. m.

**Fecha Egreso:** 07 abr. 2026 01:14 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3791063

**Autorización:** AUT2026031066550

**Area de servicio:** 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

**Identificación:** 1110511982

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** MICHAEL STEVEN CARDENAS RICAURTE

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 16 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS</b>					
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.

MARIAS

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO463795**

Fecha Factura: 07 abr. 2026 01:29 p. m.

Cufe: 27e9f55e9734e7fb6a09731d65ae159ff65cf1633933f8ed314bd64a650bee63cb836270a8f0023060d83fc978c7247c

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

**Fecha Ingreso:** 07 abr. 2026 01:25 p. m.

**Fecha Egreso:** 07 abr. 2026 01:27 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3791112

**Autorización:** AUT-202602516692

**1-6 GATO**

**Area de servicio:** 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

**Identificación:** 1058359141

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** SARAY LUCIANA NOSSA RAMIREZ

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 10 Años

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

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

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

SRUIZ

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO463817**

Fecha Factura: 07 abr. 2026 02:06 p. m.

Cufe: 6d15d9f64c7aa0c69a5d83026cd2639cbfdd2d1278d705c1c89ec6c3f35fca9fa856b1e11937009385dc004c73f5bec1

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

**Fecha Ingreso:** 07 abr. 2026 02:03 p. m.

**Fecha Egreso:** 07 abr. 2026 02:05 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3791295

**Autorización:** AUT202602432069

**Area de servicio:** 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

**Identificación:** 1019608521

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** ISABELLA VALENTINA RINCON GOMEZ

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 11 Años

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

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

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

MARIAS

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: FEBO463856**

Fecha Factura: 07 abr. 2026 02:53 p. m.

Cufe: c41c066c844e33996130a6704137c95a3faf3cfbf849a9b7e3d939197b00b8efc48c9449c6abcbc61df7f591bce8f563

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

**Fecha Ingreso:** 07 abr. 2026 02:49 p. m.

**Fecha Egreso:** 07 abr. 2026 02:51 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3791561

**Autorización:** AUT2026041137915

**Area de servicio:** 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

**Identificación:** 1019609018

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** LYAH SILVANA RINCON GOMEZ /

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 8 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS</b>					
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.

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: FEBO465613**

Fecha Factura: 10 abr. 2026 11:39 a. m.

Cufe: c1396c63d8bccd0429a297ee5ebcd305fb7974e7fd3429522011a91a5bfc1e27092d3761ce5eab882d12ed175914ddf7

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

**Fecha Ingreso:** 10 abr. 2026 11:33 a. m.

**Fecha Egreso:** 10 abr. 2026 11:35 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**

28/05/26

**Atención N°:** 3803599

**Autorización:** AUT202602619486

**impresión:**

**Area de servicio:** 510001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA AMERICAS

**Identificación:** 1106902095

**Tipo Documento:** RegistroCivíl

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** JUAN ESTEBAN ORTIZ PORTELA

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 6 Años /

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

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

**TOTAL:** OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS NUEVE 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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO465860**

Fecha Factura: 11 abr. 2026 07:56 a. m.

Cufe: a07d0fba7a89248700fb833983895de2b9820b5034291230bdf9cd51c1d9d9ab4e2ac59063c393e5bd38fe1542e635d

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

**Fecha Ingreso:** 11 abr. 2026 07:54 a. m.

**Fecha Egreso:** 11 abr. 2026 07:56 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**

28/05/26

**Atención N°:** 3807402

**Autorización:** AUT202603814435

**1/1**

**impresión:**

**Area de servicio:** 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

**Identificación:** 1011240945

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** DANIEL CANO MARTINEZ /

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 10 Años

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

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

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

MARIAS

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO465959**

Fecha Factura: 11 abr. 2026 09:56 a. m.

Cufe: 03b7dbd9e74dcab7b211c83597418b1107ee3bd78bcb536713ec443e503d1ed5f5c5fd67f3dbb68a50ecbb1c9fa63fa

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

**Fecha Ingreso:** 11 abr. 2026 09:53 a. m.

**Fecha Egreso:** 11 abr. 2026 09:54 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**

28/05/26

**Atención N°:** 3807958

**Autorización:** AUT202603920309

**impresión:**

**Area de servicio:** 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

**Identificación:** 1070980515

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** SAMUEL PRIETO GALLEGO

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 11 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS</b>					
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

<b>VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS</b>	\$ 262.572,00
<b>VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE</b>	\$ 0,00
<b>VALOR ANTICIPO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR DESCUENTO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO</b>	\$ 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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: FEBO466065**

Fecha Factura: 11 abr. 2026 12:07 p. m.

Cufe: daf5da710b0874fc0b83ce99af553d57cd08b7edb7c34d169ac90b5d2651027993b47cc3ed1bf63061b3dafb5599e17a

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

**Fecha Ingreso:** 11 abr. 2026 11:59 a. m.

**Fecha Egreso:** 11 abr. 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3808374

**Autorización:** AUT202602434815

**Area de servicio:** 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

**Identificación:** 1023973155

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** ERICK SANTIAGO LOZADA ALVAREZ

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 9 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS</b>					
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

<b>VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS</b>	\$ 262.572,00
<b>VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE</b>	\$ 0,00
<b>VALOR ANTICIPO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR DESCUENTO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO</b>	\$ 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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO466336**

Fecha Factura: 13 abr. 2026 09:59 a. m.

Cufe: 25cfa854869975b0fde079fd0d34a38ec9b697125eae34f425338683608341811ad7afa567a10907f6157b537a5b94df

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

**Fecha Ingreso:** 13 abr. 2026 09:50 a. m. **Fecha Egreso:** 13 abr. 2026 09:56 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3810117

**Autorización:** AUT2026031023431

**Area de servicio:** 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

**Identificación:** 1119408848

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** THIAGO GAEL LADINO NORIEGA

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 8 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS</b>					
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

<b>VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS</b>	\$ 262.572,00
<b>VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE</b>	\$ 0,00
<b>VALOR ANTICIPO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR DESCUENTO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO</b>	\$ 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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO466342**

Fecha Factura: 13 abr. 2026 10:06 a. m.

Cufe: c8691fa7dba3a9483e83aff8c793d4638bf2b53bc64e9832cddf09adeb9d4fee9a4c4c9f694c77354c98dfcedce7a90b

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

**Fecha Ingreso:** 13 abr. 2026 10:02 a. m.

**Fecha Egreso:** 13 abr. 2026 10:03 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**

28/05/26

**Atención N°:** 3810167

**Autorización:** AUT2026031061151

**impresión:**

**Area de servicio:** 516001 - INMUNODIAGNOSTICOS AMERICAS

**Identificación:** 1089393213

**Tipo Documento:** RegistroCivíl

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** ALANA DIAZ MEZA

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 3 Años /

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS</b>					
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

<b>VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS</b>	\$ 262.572,00
<b>VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE</b>	\$ 0,00
<b>VALOR ANTICIPO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR DESCUENTO</b>	\$ 0,00
<b>VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO</b>	\$ 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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO466464**

Fecha Factura: 13 abr. 2026 12:41 p. m.

Cufe: 093f304ad08bacfbf874590cfd511f2a13f628ffcbc1b55bc0d3490b200921c8e27127b88e531e9d30ce2c68f4f99a9

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

**Fecha Ingreso:** 13 abr. 2026 12:39 p. m.

**Fecha Egreso:** 13 abr. 2026 12:41 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3810988

**Autorización:** AUT202603712590

**2/12**

**Area de servicio:** 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

**Identificación:** 1019766083

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** JESUS ANTONIO OLARTE MOLINA

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 15 Años

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

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

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

MARIAS

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO466601**

Fecha Factura: 13 abr. 2026 03:18 p. m.

Cufe: f31fed0964c96b89f3ca80dc6781feb74b1a0eb6598a321bf97876725085a345f846f76338f1374885631a131bde7c18

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

**Fecha Ingreso:** 13 abr. 2026 03:12 p. m.

**Fecha Egreso:** 13 abr. 2026 03:12 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**

28/05/26

**Atención N°:** 3811781

**Autorización:** AUT202602584439

**impresión:**

**Area de servicio:** 510001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA AMERICAS

**Identificación:** 1039694872

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** JUAN MANUEL PLATA MONSALVE

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 16 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>CONSULTAS</b>					
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.

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO466270**

Fecha Factura: 13 abr. 2026 08:45 a. m.

Cufe: 43dff09fd19240f772e5ca546924b0e7e2a9a09537c179152695a65ab1cc0acf32f716ceb408fd2039d984a59600a8

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

**Fecha Ingreso:** 13 abr. 2026 08:42 a. m.

**Fecha Egreso:** 13 abr. 2026 08:44 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**

28/05/26

**Atención N°:** 3809586

**Autorización:** AUT202603668844

**2/2**

**impresión:**

**Area de servicio:** 515001 - INMUNOTERAPIA AMERICAS

**Identificación:** 1006325089

**Tipo Documento:** Cédula\_Ciudadanía

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** VALENTINA MENDOZA JIMENEZ

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 23 Años

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

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

**TOTAL:** CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS 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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO466742**

Fecha Factura: 13 abr. 2026 05:22 p. m.

Cufe: 6dbf0e8e27ba547574e12584f44b343adb09b72b2918a2404863e960f685b557139c89b9769d960af19a194e77977543

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

**Fecha Ingreso:** 13 abr. 2026 05:20 p. m.

**Fecha Egreso:** 13 abr. 2026 05:22 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**

28/05/26

**Atención N°:** 3812383

**Autorización:** AUT2026041224303

**impresión:**

**Area de servicio:** 510001 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA AMERICAS

**Identificación:** 1141125885

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** MANUELA BENAVIDEZ TORRES

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 14 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
<b>CONSULTAS</b>					
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.

MARIAS

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: FEBO469602

Fecha Factura: 16 abr. 2026 02:16 p. m.

Cufe: bdd1d16a3addcb6458857f9f3d9a4973375c215a3f8d50f686ebcc7db9d8e821f5a6241a5a1e99fa8df1d53dfdc3ffc7

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

Fecha Ingreso: 04 mar. 2026 09:46 a. m.

Fecha Egreso: 04 mar. 2026 09:47 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:

28/05/26

Atención N°: 3694536

Autorización: AUT202603690119

1/12

Area de servicio: 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

Identificación: 1016071379

Tipo Documento: Tarjeta\_de\_Identidad

Tipo Afiliado: Beneficiario

Nombres y Apellidos: LUIS SANTIAGO PAJARO MARTINEZ

Sexo: Masculino

Edad: 13 Años

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

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

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

ORODRIGUEZ

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO469608**

Fecha Factura: 16 abr. 2026 02:26 p. m.

Cufe: 3017204d415582a561b83898e49f30e0c7fc2ea5ec95a82ffe65937317cebcc034020b5ed75f97ce6e4c4fc4ebb0e758

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

**Fecha Ingreso:** 03 mar. 2026 10:53 a. m. **Fecha Egreso:** 03 mar. 2026 10:54 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3692117

**Autorización:** AUT202603667377

1/6

**Area de servicio:** 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

**Identificación:** 1011247267

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** LUCIANA PATIÑO MORALES

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 9 Años /

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

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

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

ORODRIGUEZ

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: FEBO469621**

Fecha Factura: 16 abr. 2026 02:34 p. m.

Cufe: ba0110132de96482dee309a173ca30e6f179f493915ec3fb9f3b02dc5af5886d075a83f6473d7b5622e14e2451b101c8

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

**Fecha Ingreso:** 03 mar. 2026 10:27 a. m. **Fecha Egreso:** 03 mar. 2026 10:51 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3691937

**Autorización:** AUT202603664586

1/6

**Area de servicio:** 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

**Identificación:** 1011247267

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** LUCIANA PATIÑO MORALES

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 9 Años /

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

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

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

ORODRIGUEZ

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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: **FEBO469631**

Fecha Factura: 16 abr. 2026 02:41 p. m.

Cufe: b4ecf118c322c48a4dabcd710e3be14620a5d7eaa8a37ac4638e9c10dafbae63db4aaf8dd029f97b761b7c5185ab2d11

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

**Fecha Ingreso:** 12 mar. 2026 02:04 p. m. **Fecha Egreso:** 12 mar. 2026 02:14 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:**

28/05/26

**Atención N°:** 3730636

**Autorización:** AUT202603875341

1/1

**Area de servicio:** 615001 - INMUNOTERAPIA PONTEVEDRA

**Identificación:** 1021684865

**Tipo Documento:** Tarjeta\_de\_Identidad

**Tipo Afiliado:** Beneficiario

**Nombres y Apellidos:** MATTHEW GALINDO MENDEZ

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 13 Años

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

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

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

ORODRIGUEZ

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° 18764107762832 DEL 28 mar. 2026. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEBO460.208 AL FEBO500.000. VIGENCIA 28 mar. 2026-28 mar. 2027. 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, 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.

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 veinte (20) de mayo 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**

**Información básica de la planilla**

<b>Empresa:</b>	RIESGO DE FRACTURA SA.	<b>NIT:</b>	830027158
<b>Tipo Planilla:</b>	E	<b>Periodo liquidación Pensiones:</b>	abril 2026
<b>Sucursal o Dependencia:</b>	PRINCIPAL	<b>Periodo liquidación Salud:</b>	mayo 2026
<b>Número de Radicación:</b>	81066343	<b>Total a pagar:</b>	\$432,291,600
<b>Fecha de vencimiento:</b>	15/05/2026	<b>Total de empleados:</b>	503
<b>Fecha de Pago:</b>	15/05/2026	<b>Número de Administradoras:</b>	27

**Detalles del pago**

<b>Razón social recaudo:</b>	Compensar OI	<b>Nit recaudo:</b>	9998600669427
<b>Descripción:</b>	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	<b>Medio de Pago:</b>	Pago Electronico por PSE
<b>Banco:</b>	BANCOLOMBIA	<b>Número Autorización:</b>	310599585
<b>Estado de la transacción:</b>	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-33	901469580	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	503		\$0	\$24,512,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	109		\$0	\$52,810,900
230301	800224808	Porvenir	217		\$0	\$100,350,800
230901	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	3		\$0	\$1,775,100
231001	800227940	Colfondos	64		\$0	\$36,044,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	100		\$0	\$66,480,600
CCF10	891800213	Comfabyo Caja de Compensacion Fliar	13		\$0	\$1,367,100
CCF11	890806490	Caja de Compensacion Familiar de Caldas	4		\$0	\$360,100
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	415		\$0	\$55,817,900
CCF43	890000381	Comfenalco Quindio Caja de Compensacion Fliar	3		\$0	\$343,000
CCF44	891480000	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	13		\$0	\$1,351,400
CCF56	890303093	Comfenalco Valle Caja de Compensacion Fliar	46		\$0	\$5,393,700
EPS001	830113831	ALIANSA LUD EPS S.A.	7		\$0	\$1,988,600
EPS002	800130907	Salud Total EPS	67		\$0	\$6,816,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	156		\$0	\$30,810,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	104		\$0	\$17,668,800
EPS010	800088702	EPS Sura	52		\$0	\$9,063,100

<b>Código</b>	<b>NIT</b>	<b>Administradoras</b>	<b>Num. Afiliados</b>	<b>*Número de incapacidad por riesgos laborales</b>	<b>Valor descontado en incapacidad y/o licencia</b>	<b>Total Pagado</b>
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	4		\$0	\$446,900
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	80		\$0	\$8,233,900
EPS018	805001157	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	2		\$0	\$206,600
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	24		\$0	\$2,268,300
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1		\$0	\$70,200
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	4		\$0	\$564,400
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	1		\$0	\$75,700
MIN002	901037916	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	1		\$0	\$70,100
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	5		\$0	\$4,441,000
PASENA	899999034	SENA	5		\$0	\$2,960,700
						\$432,291,600

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

República de Colombia  
Ministerio de Comercio Industrial y Turismo

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**  
**TARJETA PROFESIONAL**  
**DE CONTADOR PUBLICO**

**182231-T**

ANDREA J. RAMOS PRAZO (H)  
C.C. 1022356202  
RESOLUCION INSCRIPCION 521  
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

FECHA 27/09/2013

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 193696

