



FECHA 29 de Enero del 2024

LOCAL Angels Demons

PERSONA QUE ATENDIO Paola Guayasamin

HAGA UNA DESCRIPCION DE LA SITUACION O PROBLEMA:

El día 21 de Enero nos acercamos al local Angels Demons a realizarle una perforación en la lengua a mi hija Denice Ayala, las cuales desde el día siguiente mi hija comienza a sentir extraño su rostro y una pequeña bola, en ese momento no eran notorios pasaba los días y eso seguía incrementando hasta el punto de darnos cuenta la parálisis facial que estaba presentando mi hija y la bola más grande, inmediatamente la llevamos al Doctor y nos manifestó, que al momento de realizar el piercing le tocaron un nervio de la cara y también hizo que se le inflamaran los ganglios, dándonos como diagnóstico: Parálisis de Bell y Linfadenitis Aguda de cara, cabeza y cuello, las cuales se solicita realizar el reembolso de lo gastado al local.

NOMBRES: Geovanna Arévalo / Freddy Montiel.

C.C. 1723655807

FIRMA: 

TELEFONO 0998422866



CENTRO MEDICO SAN JORGE CMSJ CIA. LTDA
CENTRO MEDICO SAN JORGE

Matriz

Puruha Oe5-28 y Cacha , barrio La Magdalena

Sucursal

Puruha Oe5-28 y Cacha , barrio La Magdalena

Obligado a llevar Contabilidad

SI

Agente de Retención Resolución

1

CONTRIBUYENTE RÉGIMEN RIMPE

02 2664992 - 09871380001

sanjorgecentromedico@hotmail.com

FACTURA

RUC:

1792645417001

No.

001-002-000010225

Ambiente

PRODUCCIÓN

Autorización

Recibido

Fecha y Hora Autorización

Recibido



2601202401179264541700120010020000102251234567811

Razón Social/ Nombres: AREVALO AREVALO GEOVANNA ALEXANDRA

Identificación: 1723655807

Dirección: LA MAGDALENA

Teléfono: 0998422866

Correo: geova_minena@hotmail.com

Fecha Emisión: 2024-01-26

Guía de Remisión:

Codigo	Descripción	Cant	Precio Unitario	Descto	Subtotal
003	MEDICINA GENERAL	1.00	10.00	0.00	10.00
015	ECOGRAFÍA 2D	1.00	25.00	0.00	25.00
002	SUERO	1.00	35.00	0.00	35.00

Información Adicional

Sucursal

Matriz

Forma de Pago

Valor Plazo Tiempo

SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO

70.00

ninguno

Total Sin Impuestos

70.00

Descuento

0.00

Valor ICE

0.00

Valor IVA

0.00

Valor Total

70.00

FACTURA ELECTRONICA PENDIENTE DE AUTORIZACION, PARA DESCARGAR SU FACTURA ELECTRONICA VISITAR
www.grupoavec.com/consulta USUARIO 1723655807 - CONTRASEÑA 1723655807

PAOLA JANNETH GUAYASAMIN GUERRERO
ANGELS AND DEMONS

1713835328001
Dirección: AV. MALDONADO Y CARRION
Matriz: AV. MALDONADO Y CARRION
Nombre: Montiel Freddy
CI: 1751112283
Forma Pago: Efectivo : 10,0011 26/01/2024 17:14
Dirección: La Magdalena
Teléfono: 0998422866
Factura: 001-002-000000589

CANT	DESCRIPCION	P.UNI	TOTAL
1	Cateter /Aguja Americana	4.464	4.4643
	Joya Piercing 5	4.464	4.4643
Sub Total			8.9286
SubTotal IVA			8.9286
IVA (12.00%)			1.0714

TOTAL:

10,00

Valor :10,00
Valor Cambio :0,00

FACTURA

No. 162-001-000710708

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

2501202401179198472200121620010007107083212284913

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN:

26/01/2024 03:42:07

AMBIENTE:

PRODUCCION

EMISIÓN:

NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2501202401179198472200121620010007107083212284913

FARMAENLACE CIA. LTDA

Dir. Matriz: CAP. RAFAEL RAMOS E2-210 Y CASTELLI

Dir. Sucursal: AV. MARISCAL SUCRE OE6-05 Y HUAYNAPALCON

Contribuyente Especial No: 0677

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

Razón Social / Nombres y Apellidos: SONIA AREVALO

RUC / CI:1711268324001

Fecha Emisión: 25/01/2024

Dirección: MAGDALENA

Guia:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0000105274		14.00	PREDNISONA PHARMABRAND TAB 20MG CAJ *30				0.4217	0.00	5.90
0000117019		14.00	NUCLEO CMP FORTE CAP 5/1.33MG CAJ *30				0.8308	0.00	11.63
0000130762		15.00	BUPREX FLASH CAP BLD 600MG CAJ *10				0.4763	0.00	7.14
0000126525		1.00	DEXABION DC SOL INY PRELL 3ML CAJ*1				6.5648	0.00	6.56
0000129034		10.00	ALTACEF TAB REC 500MG CAJ *16(ANT)				0.85	0.00	8.50

INFORMACIÓN ADICIONAL

CodigoSucursal	003
Deducible Salud	39.74
Gran Contribuyente	Resolución NAC-GCFOIOC21-00000953-E
IdReferencia	002F162001000710708
OficinaSAP	1090
SystemID	PV-CAR

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
TARJETA DE DÉBITO	39.74		

SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	39.74
SUBTOTAL No sujeto de IVA	0.00
SUBTOTAL Exento de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	39.74
TOTAL Descuento	0.00
ICE	0.00
IVA 12%	0.00
IRBPNR	0.00
PROPINA	0.00
Valor Total	39.74

Hasta el 29 de Noviembre Incorpórate a la Facturación Electrónica certifique en www.sri.gov.ec. Para mayor información llama al 1700 774 774 (1700 SRI SRI). Recuerde estar al día en sus Obligaciones Tributarias.

Cuidamos lo que **más quieres**

**farmacias
Económicas**



1800 326 666
A DOMICILIO

www.farmaciaseconomicas.com.ec

FarmaciasEconomicasEc

FARMAENLACE CIA. LTDA

Dir. Matriz: CAP. RAFAEL RAMOS E2-210 Y
CASTELLI

Dir. Sucursal: AV. MARISCAL SUCRE OE6-05 Y
HUAYNAPALCON

Contribuyente Especial No: 0677

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

R.U.C: 1791984722001

FACTURA

No. 162-001-000710709

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

2501202401179198472200121620010007107093517196718

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN:

26/01/2024 03:51:36

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2501202401179198472200121620010007107093517196718

Razón Social / Nombres y Apellidos: SONIA AREVALO

RUC / CI:1711268324001

Fecha Emisión: 25/01/2024

Dirección: MAGDALENA

Guía:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0000126525		2.00	DEXABION DC SOL INY PRELL 3ML CAJ*1				6.5648	0.00	13.13

INFORMACIÓN ADICIONAL

CodigoSucursal	003
Deducible Salud	13.13
Gran Contribuyente	Resolución NAC-GCFOIOC21-00000953-E
IdReferencia	002F162001000710709
OficinaSAP	1090
SystemID	PV-CAR

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
TARJETA DE DÉBITO	13.13		

SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	13.13
SUBTOTAL No sujeto de IVA	0.00
SUBTOTAL Exento de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	13.13
TOTAL Descuento	0.00
ICE	0.00
IVA 12%	0.00
IRBPNR	0.00
PROPINA	0.00
Valor Total	13.13

Hasta el 29 de Noviembre Incorporate a la Facturación Electrónica certifique en www.sri.gob.ec. Para mayor información llama al 1700 774 774 (1700 SRI SRI). Recuerde estar al día en sus Obligaciones Tributarias.

Cuidamos lo que **más quieres**



1800 326 666
A DOMICILIO

www.farmaciaseconomicas.com.ec

FarmaciasEconomicasEc

Dr. Julio César Garrido Campos
MEDICINA GENERAL



Dr. Julio César Garrido Campos
MEDICINA GENERAL



Fecha: QUITO, 25/01/2024

Receta # 00680 - Cod# 643613

Paciente: AYALA AREVALO DENICE MICHAELA

CI: 1752098390 Edad: 15 años 6 meses 3 días

Alergias: No refiere alergias farmacológicas

Prescripción:

1. CEFUROXIMA (ZINNAT) 500MG, vía Oral, Tableta(s) # 10 (Diez).
2. PREDNISONA 20MG, vía Oral, Tableta(s) # 14 (Catorce).
3. CITIDINA 5-MONOFOSFATO+ URIDINA 5-TRIFOSFATO (NUCLEO CMP FORTE) 5/3MG, vía Oral, Cápsula(s) # 14 (Catorce).
4. IBUPROFENO (BUPREX) 600 mg, vía Oral, Cápsula(s) # 15 (Quince).
5. VITAMINA B1, B6, B12+LIDOCAINA+DEXAMETASONA (DEXABION) 100/100/5/30/4MG, vía Intramuscular, Caja(s) # 1 (Uno).

Diagnóstico: G510 PARALISIS DE BELL, L040 LINEADENTITIS AGUDA DE CARA, CABEZA Y CUELLO

Julio César Garrido Campos
MEDICINA GENERAL
REG. SENESCYT: 1923156618
CI: 1752098390

Dr. Julio César Garrido Campos
MEDICINA GENERAL
REG. SENESCYT: 1923156618 CI: 1752098390 Email:
julycg91@gmail.com

Dirección: Purubia Oe528 Y Cacha
Tel: (02) 7664003 Fax: (0987) 280011 - (0987) 770776

Fecha: QUITO, 25/01/2024

Receta # 00680 - Cod# 643613

Paciente: AYALA AREVALO DENICE MICHAELA

CI: 1752098390 Edad: 15 años 6 meses 3 días

Signos de alarma: INCREMENTO DEL DOLOR,
INCREMENTO DE LA PARALISIS.

Indicaciones:

1. CEFUROXIMA (ZINNAT) 500MG, vía Oral. 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS (6AM-6PM)
2. PREDNISONA 20MG, vía Oral. 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS (6AM-6PM)
3. CITIDINA 5-MONOFOSFATO+ URIDINA 5-TRIFOSFATO (NUCLEO CMP FORTE) 5/3MG, vía Oral. 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS (6AM-6PM)
4. IBUPROFENO (BUPREX) 600 mg, vía Oral. 1 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS (6AM-1PM-8PM)
5. VITAMINA B1, B6, B12+LIDOCAINA+DEXAMETASONA (DEXABION) 100/100/5/30/4MG, vía Intramuscular. 1 JERINGA PASANDO 1 DIA POR 3 DIAS

Recomendaciones no farmacológicas:

REPOSO FISICO. FISIOTERAPIA DEL NERVO FACIAL

Julio César Garrido Campos
MEDICINA GENERAL
REG. SENESCYT: 1923156618
CI: 1752098390

Dr. Julio César Garrido Campos
MEDICINA GENERAL
REG. SENESCYT: 1923156618 CI: 1752098390 Email:
julycg91@gmail.com

próxima cita:

Dirección: Purubia Oe528 Y Cacha
Tel: (02) 7664003 Fax: (0987) 280011 - (0987) 770776



Quito, 01 de Febrero del 2024

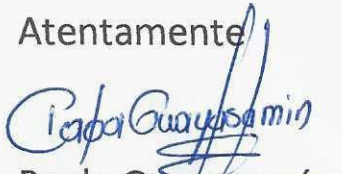
Compromiso de Pago

Por medio del presente Yo, PAOLA JANNETH GUAYASAMIN GUERRERO con Cédula de Identidad Nro. 1713835328, dejo como constancia por medio de este documento, que entrego el valor de \$180 dólares al Sr. FREDDY GUSTAVO MONTIEL NAVARRETE con cédula de Identidad Nro.1751112283. Bajo el concepto de pago de Honorarios Médicos, Receta médica, rehabilitación de la Srta. Denice Micaela Ayala Arévalo Con Cédula de Identidad Nro. 1752098390.

Por medio del mismo deslindo a partir de esta fecha en adelante costos a futuro, puesto que en acuerdo mutuo he cumplido con la propuesta requerida por parte del Padre de la menor el cual estuvo presente el día del procedimiento, el que fue realizado con todos los protocolos de bioseguridad requeridos por el Ministerio de Salud y aceptado por el padre y la menor. Recalco que para realizar este tipo de procedimiento contamos con una experiencia de 19 años, cumplimos protocolos de Bioseguridad y contamos con todos los permisos de funcionamiento de ARCSA y para este tipo de procedimiento previo informar al cliente que el equipo que es estéril y descartable se entrega una tarjeta con todos los cuidados a seguir.

Firman para constancia:

Atentamente


Paola Guayasamin

Gerente Propietaria

C.I. 1713835328

Atentamente


Freddy Montiel

Representante de la menor

C.I. 1751112283

 **REPÚBLICA DEL ECUADOR**
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE **CIUDADANÍA** No. **175111228-3**


APELLIDOS Y NOMBRES
**MONTIEL NAVARRETE
FREDDY GUSTAVO**

LUGAR DE NACIMIENTO
**LOS RÍOS
BABAHYO
CLEMENTE BAQUERIZO**

FECHA DE NACIMIENTO **1994-06-22**

NACIONALIDAD **ECUATORIANA**

SEXO **M**

ESTADO CIVIL **SOLTERO**





0007063

A1111A3121

ESTUDIANTE

PROFESIÓN / OCUPACIÓN

BÁSICA

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
XXX XXX

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
NAVARRETE JAEN RITA RAQUEL

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
**QUITO
2013-08-21**

FECHA DE EXPIRACIÓN
2023-08-21

DIRECCIÓN GENERAL



¡Transferencia exitosa!

Comprobante: 36642889

Monto	\$ 180.00
Costo de transacción	\$ 0.36
IVA	\$ 0.04
Fecha	02 feb. 2024

Cuenta origen

Nombre	Torres Pulles Gabrie...
Número de cuenta	*****1300

Cuenta destino

Nombre	Montiel Navarrete Fre...
Número de cuenta	*****4409
Banco	Banco Produbanco
Correo electrónico	gusmontiel8@gmail...