CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 327615
Fecha de Expedición: 30/09/2021 9:22:52
Fecha de vencimiento: 30/10/2021
Fecha de Generación: 30/09/2021 9:17:41

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	MELENDEZ DIAZ ANDREA CAMILA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	21 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	1085347072
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 N 35-27	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/09/2021 9:17:41 AM	**INGRESO:**	2021-09-02
AUTORIZACIÓN:	1605	**EGRESO:**	2021-09-02
DIAGNÓSTICO:	H527 - TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	**PROFESIONAL:**	JUAN CARLOS LUGO PRADA

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890376	BX	CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

SUBTOTAL GENERAL: 30,360.00
TOTAL DESCUENTO: 0.00
COPAGO:
TOTAL: 30,360.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboro: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

Proveedor Tecnológico: disoniclés S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software fact-elec

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1605 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 25/08/2021

TIPO DE SERVICIO				
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS ☐	CONSULTA T.O ☐	
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA ☐	PARA E.P. ☐	
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐	

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

AL SEÑOR: ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ	CARNE No. 31537640-A
FAMILIAR DE. LINA MARIA DIAZ	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONTROL OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: TRASTORNO DE REFRACCION

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL				DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA	MES	AÑO	HORA			

Dra. Claudia Lucia Revelo P.
MEDICA CIRUJANA GENERAL
RM. 520746

COORDINADOR

RECIBI Andrea MD.

C.C.No. 1085347072.



31.537.640-A

ANDREA CAMILA

MELENDEZ DIAZ

C.C. 1.085.347.072 de Pasto

RH: O+

Fecha de Nacimiento 04/10/1999

REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Lina María Díaz Díaz

Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilización indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

Firma AUTORIZADA

William Orlando Narváez Mardillo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

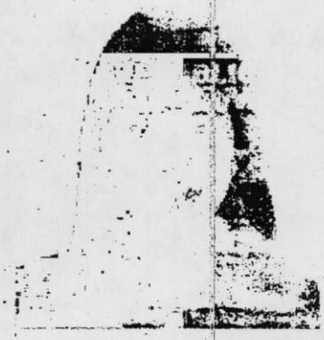
NÚMERO 1.085.347.072

MELENDEZ DIAZ

APELLIDOS

ANDREA CAMILA

NOMBRES



Andrea Camila Melendez D

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1999

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

05-OCT-2017 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIS VACHA

P-2300100-00949455-F-1085347072-20171026 0058258935A 1 49166119

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 327619
Fecha de Expedición: 30/09/2021 9:30:45
Fecha de vencimiento: 30/10/2021
Fecha de Generación: 30/09/2021 9:25:44

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	DIAZ DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	74 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	27077477
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CONJUNTO CAMPO VERDE MZ B CS 3	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/09/2021 9:25:44 AM	**INGRESO:**	2021-09-20
AUTORIZACIÓN:	1044	**EGRESO:**	2021-09-20
DIAGNÓSTICO:	H400 - SOSPECHA DE GLAUCOMA	**PROFESIONAL:**	OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890376-1	BX	DILATACION CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

SUBTOTAL GENERAL: 30,360.00
TOTAL DESCUENTO: 0.00
COPAGO:
TOTAL: 30,360.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboro: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

Proveedor Tecnológico: disparales S.A.S. NIT: 860.028.580-2 Software: fact-eli

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. LOPE 1044

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 10/09/2021

TIPO DE SERVICIO				
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS ☐	CONSULTA T.O ☐	
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA ☐	PARA E.P. ☐	
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐	

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: CLINICA PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

AL SEÑOR: MARGOTH NOHEMY DIAZ DE ARTEAGA	CARNE No. 98393542-A
FAMILIAR DE. JUAN CARLOS ARTEAGA	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONTROL OFTALMOLOGIA CON RESULTADOS

OBSERVACIONES: CATARATA, SOSPECHA DE GLAUCOMA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL				DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA	MES	AÑO	HORA			

Dra. Claudia Lucia Revelo P.
MEDICO GENERAL
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Margoth Diaz

C.C.No. 98.393.542

NARIÑO

98393542-A



MARGOTH NOHEMY
DÌAZ De ARTEAGA
C.C 27.077.477
RH O+
Fecha de nacimiento 08/05/1947

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

JUAN CARLOS ARTEGA DÌAZ

Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestaciòn del servicio.
Su utilizaciòn indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

Emilio Humberto Ceròn Lasso

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.077.477
DIAZ De ARTEAGA
APELLIDOS
MARGOTH NOHEMY
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1947
CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
30-ABR-1971 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2300100-00158813-F-0027077477-20090608 0012281375A 1 6610005895

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 327623
Fecha de Expedición: 30/09/2021 9:39:51
Fecha de vencimiento: 30/10/2021
Fecha de Generación: 30/09/2021 9:33:12

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	DELGADO CHAVES PATRICIA DEL CARMEN	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	60 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	30719676
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	MZ B CS 31 LOS SAUCEZ LA CAROLINA	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/09/2021 9:33:12 AM	**INGRESO:**	2021-09-07
AUTORIZACIÓN:	1627	**EGRESO:**	2021-09-07
DIAGNÓSTICO:	H527 - TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	**PROFESIONAL:**	JUAN CARLOS LUGO PRADA

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	BX	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

SUBTOTAL GENERAL: 30,360.00
TOTAL DESCUENTO: 0.00
COPAGO:
TOTAL: 30,360.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboro: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No. 18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

Proveedor Tecnológico: disparales S.A.S. NIT. 860.028.580-2 Software: fact-all

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1627 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 31/08/2021

TIPO DE SERVICIO	TTO. AMBULATORIO ☐ TTO. ODONTOLOGICO ☐ TTO. HOSPITALARIO ☐	CIRUGIAS ☐ EMERGENCIA ☐	CONSULTA T.O ☐ PARA E.P. ☐ FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR CLINICA: CLINICA PAREDES	ESPECIALIDAD OFTALMOLOGIA	TELEFONO

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

AL SEÑOR: PATRICIA DEL CARMEN DELGADO CHAVES	CARNE No. 12967848-A
FAMILIAR DE. SERVIO TULIO CRIOLLO	CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

VALORACION OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: TRASTORNO DEL APARATO LAGRIMAL.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA | MES | ANO | HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

GENER
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Y Patricia Delgado

C.C.No. 30719676

NARIÑO

12967848-A



PATRICIA
DELGADO CHAVES
C.C 30.719.676
RH O+
Fecha de nacimiento 15/02/1961

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.719.676**
DELGADO CHAVES
APELLIDOS
PATRICIA DEL CARMEN
NOMBRES



Patricia Delgado
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1961**
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
09-DIC-1979 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2300100-00257619-F-0030719676-20100928 0024144273A 2 33662511

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 327658
Fecha de Expedición: 30/09/2021 11:53:07 AM
Fecha de vencimiento: 30/10/2021
Fecha de Generación: 30/09/2021 11:48:43 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	ROSERO DIAZ CECILIA DOLORES	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	82 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	27063476
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CRA 22 A N 3SUR 26 BARRIO BACHUE	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/09/2021 11:48:43 AM	**INGRESO:**	2021-09-30
AUTORIZACIÓN:	879	**EGRESO:**	2021-09-30
DIAGNÓSTICO:	H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR	**PROFESIONAL:**	CLINICA PAREDES

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
951903	BX	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE	2	148,750.00	0.00	0.00	297,500.00
951103	BX	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	2	43,380.00	0.00	0.00	86,760.00

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 Software: fact-ej

SUBTOTAL GENERAL:	384,260.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	
TOTAL:	384,260.00

TOTAL ÍTEMS: 2
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SON: Trescientos Ochenta Y Cuatro mil Doscientos Sesenta pesos m/cte.

Paciente y/o acudiente

Elaboro: ALVARO MAURICIO YAQUENO BOTINA

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

84d7dffbe5b12767ef6757d6660b63ad24d6717fc0f4a0752eb5037025c04b402e72fa700682573c9aca453e1561d62a

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1842 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 22/09/2021

TIPO DE SERVICIO				
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS ☐	CONSULTA T.O ☐	
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA ☐	PARA E.P. ☐	
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐	

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: CLINICA PAREDES	ESTUDIO	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

AL SEÑOR: CECILIA DOLORES ROSERO DIAZ	CARNE No. 5196203-A
FAMILIAR DE. EFREN PAREDES	CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO Y AUTFLUOROSEINA AMBOS OJOS, FAVOR MONTAR MOSAICO.
ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHORENTE, MACULAR AMBOS OJOS REPORTE ESTRUCTURAL DE RETINA MAP, GRID Y HD .

OBSERVACIONES:CONVALENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL				DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA	MES	AÑO	HORA			

Dra. Lucia Rueda
MEDICO GENERAL
R.M. 520746

COORDINADOR

RECIBI Dra Edith
C.C.No.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.063.476
ROSERO DIAZ
APELLIDOS
CECILIA DOLORES
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1939
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-DIC-1961 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00155754-F-0027063476-20090507 0011293606A 2 6830029061



NARIÑO
5196203-A

CÈCILIA DOLORES
ROSERO DIAZ
C.C. 27.063.476
RH O+
Fecha de nacimiento 17 Abril 1939

SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 327680
Fecha de Expedición: 30/09/2021 2:37:08 PM
Fecha de vencimiento: 30/10/2021
Fecha de Generación: 30/09/2021 2:32:32 PM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	ROSERO DIAZ CECILIA DOLORES	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	82 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	27063476
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CRA 22 A N 3SUR 26 BARRIO BACHUE	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/09/2021 2:32:32 PM	**INGRESO:**	2021-09-30
AUTORIZACIÓN:	879	**EGRESO:**	2021-09-30
DIAGNÓSTICO:	H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR	**PROFESIONAL:**	DAVID PAREDES SAA

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890376	BX	CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 Software: fact-el

SUBTOTAL GENERAL:	30,360.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	
TOTAL:	30,360.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

Paciente y/o acudiente

Elaboro: ALVARO MAURICIO YAQUENO BOTINA

RES DIAN No. 18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

dae7cff433560e89a443ca5333aa1e40b0a4d8811e200a28626ba61b83fd262d1b2b9fe64cf5e092e795e263893ac22c

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 1843 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 22/09/2021

TIPO DE SERVICIO	TTO. AMBULATORIO ☐ TTO. ODONTOLOGICO ☐ TTO. HOSPITALARIO ☐	CIRUGIAS ☐ EMERGENCIA ☐	CONSULTA T.O ☐ PARA E.P. ☐ FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: CLINICA PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

AL SEÑOR: CECILIA DOLORES ROSERO DIAZ	CARNE No. 5196203-A
FAMILIAR DE. EFREN PAREDES	CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONTROL OFTALMOLOGIA CON RESULTADOS

OBSERVACIONES:CONVALENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL				DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA	MES	AÑO	HORA			

Dra. Claudia Lucia Revelo
MEDICO GENERAL
MEDICINA LABORAL
RM.

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.063.476
ROSERO DIAZ
APELLIDOS
CECILIA DOLORES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1939
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-DIC-1961 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00155754-F-0027063476-20090507 0011293606A 2 6830029061



NARIÑO
5196203-A

CECILIA DOLORES
ROSERO DIAZ
C.C. 27.063.476
RH O+
Fecha de nacimiento 17 Abril 1939

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL