CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: 900868736
Cod Prestador: 230010185901
Direccion: CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA
Telefono (s): (4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696
E-mail: gerencia@ceosinu.com

Cuenta de Cobro N°: 530

Estado de Cuenta: CONFIRMADO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034-1

DEBE A:

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

SERVICIO DE EXAMENES DIAGNOSTICOS Y CIRUGIAS OFTALMOLOGICAS PRESTADO A SUS USUARIOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2021 EN LA CIUDAD DE MONTERIA.

Item	Factura	Fecha	Paciente	Valor Factura	Folios
1	COS12073	28/10/2021	CC30562416 - GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS	$ 125.000,00	0
2	COS12074	28/10/2021	CC28483008 - MARIA DEL CARMEN ESPEJO REQUENES	$ 620.063,00	0
3	COS12075	28/10/2021	CC30562416 - GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS	$ 25.156,00	0
4	COS12076	28/10/2021	CC30562416 - GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS	$ 32.789,00	0
5	COS12077	28/10/2021	CC6583116 - GAMALIEL JOSE PINTO URANGO	$ 192.449,00	0
			Total Cuenta de cobro:	**$ 995.457,00**	

SON: Novecientos Noventa y Cinco Mil Cuatrocientos Cincuenta y Siete Pesos M/cte

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FORMATO 009- RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS -SMA - CONTRATO 330341						Versión: 01 Fecha: 25-07-2013 Código: F009-I001-GTH
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**	**TARIFAS PACTADAS /VALOR A CANCELAR**	**DIFERENCIA /VALOR GLOSADO**
1	30562416	GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS	1887	13/10/2021	TOMOGRAFIA OPTICA EN OD	$ 125.000	$ 125.000	0
2	28483008	MARIA DEL CARMEN ESPEJO REQUENES	2919	15/10/2021	CIRUGIA CORRECCION PTOSIS EN AO	$ 620.063	$ 620.063	0
3	30562416	GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS	1888	16/10/2021	BIOMETRIA OCULAR OI	$ 25.156	$ 25.156	0
4	30562416	GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS	2144	16/10/2021	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES OI	$ 32.789	$ 32.789	0
5	6583116	GAMALIEL JOSE PINTO URANGO	3215	25/10/2021	IRIDOTOMIA LASER EN OI	$ 192.449	$ 192.449	0
TOTAL :						**$ 995.457**	**$ 995.457**	**0**

Centro Oftalmológico del Sinú

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: *900868736-2*
Cod Prestador: *230010185901*
Direccion: *CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA*
Telefono (s): *(4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696*
E-mail: *gerencia@ceosinu.com*

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
COS12073

Fecha Factura: 28/10/2021
Fecha Vencimiento: 27/11/2021
Forma de pago: Crédito

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034-1
Dirección: CALLE 57 N 8 69
Teléfono: 7833315

Paciente: GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS
Identificación: CC-30562416 **Tipo Afiliación:** BENEFICIARIO
Fecha Nacimiento: 11/10/1956 **Edad:** 65 años 0 meses 2 dias
Fecha Ingreso: 13/10/2021 14:50 **Regimen:** ESPECIAL
Fecha Egreso: 13/10/2021 16:17 **Admisión:** 168053
Contrato: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tarifa: SENA

Código	Manual	Descripción del servicio	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
OCT					
951902	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR Autorizacion:1887	1	125.000,00	125.000,00
					125.000,00

Subtotal:	$ 125.000,00	**Pago Compartido:**	$ 0,00	**Total a Pagar**
Descuento:	$ 0,00	**Cuota Moderadora:**	$ 0,00	**$ 125.000,00**
IVA:	$ 0,00	**Copago:**	$ 0,00	

Código CUFE:d404ccc5af8858acf68b6e042547b8cf4596063d026540fbede790183af63e75f3bc3d3076a894e74dc0c279c50fcdd1

Representación gráfica de la factura de venta electrónica fecha y hora de generación de factura:2021-10-28 16:45:34.905703

SON:

Notas: GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS #$36-02-00- 023-000000;CONTRATO2054940;mcamachof@sena.edu.co#$

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR PARA EFECTOS LEGALES SEGÚN EL CÓDIGO DE COMERCIO. EL CLIENTE ACEPTA LAS CONDICIONES AQUI ESTABLECIDAS Y DECLARA HABER RECIBIDO EL SERVICIO A SATISFACCIÓN.

Regimen común

RESOLUCION DIAN N° 18764015066068 PARA FACTURACION ELECTRONICA DESDE EL 13 DE JULIO DE 2021 HASTA 13 DE JULIO DE 2022 CON NUMERACION DESDE 10001 HASTA LA 30000 PREFIJO "COS".

PARA CONSIGNACIONES Y/O TRASFERENCIAS, FAVOR REALIZAR A LA CUENTA DE XXXXXXX N°.XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXX.

Firma Representante legal

Documento firmado electrónicamente

Impreso: 2021-07-18

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: CORDOBA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1887

Adscrito:	330341 - CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S.
Dirección:	CALLE 58 NRO. 7 - 06 BARRIO LA CASTELLANA
Teléfono(s):	3004342503 - 7853661
Especialidad:	OFTALMOLOGIA - OFTALMOLOGIA

HC: 30562416

Favor atender por nuestra cuenta a OSUNA DE HOYOS GERMANIA JOSEFA identificado con el carne 15035693-B Conyuge de HOYOS PACHECO ALFONSO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	125000	125000

OBSERVACIONES

SE AUTRIZA REALIZAR O.C.T DE MACULA EN OJO DERECHO.TARIFAS PACTADAS EN EL CONTRATO.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO



Médico/Odontólogo Asesor

Germania Osuna

Recibido a Satisfacción C.C. 30562416

creada por: eomartinezl

Autoriza Recibir autorización Vencida ya que fue error de nosotros, ya que el equipo estaba indispuesto

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA

No. 1887

Beneficiario	GERMANIA OSUNA	IDENTIFICACION 30562416	
No. Carné	15035693/B	Fecha	14 DE JULIO DEL 2021

R/.	EXAMENES	Cantidad
O.C.T DE MACULA EN OJO DERECHO		
DEFECTO MACULAR		
64 AÑOS		

Firma y Sello del Médico

Dr. Alvaro Lora Ospina
MÉDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD METROPOLITANA
REG. 2223|93

GTH-F-005 V.01

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: 900868736
Cod Prestador: 230010185901
Direccion: CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA
Telefono (s): (4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696
E-mail: gerencia@ceosinu.com

Autorizacion N°: 445757
Fecha Nota: 13/10/2021

Nombres y Apellidos: GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS
Identificacion: CC-30562416
Aseguradora: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Direccion Residencia: B/ PASA TIEMPO
Telefono Residencia: 3015742031-3016609553

Admision N°: 168053
Fecha Nacimiento: 11/10/1956
Edad: 65 años 0 mes
Centro de Costo: CONSULTA EXTERNA
Municipio: MONTERIA-(CORDOBA)

Item	Servicio	Cantidad
1	(951902)-TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	1 UNO

Prestador: CENTRO OFTAMOLOGICO DEL SINU SAS Direccion:CALLE 58 # 7-06 B/ LA CASTELLANA Telefono:7853661 -785058

Medico: LEIDY MARCELA DIAZ CORONADO ORDEN VALIDA POR 15 DIAS

Copago:

C/ Moderadora:

O.D

Observacion: 0
Usuario: YINA YANEZ HOYOS

Fecha y hora de impresion: miércoles, 13 de octubre de 2021 03:03 p.m.

Software SISS | Sistema Integral para el Sector Salud | www.siscolsi.com.co

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU

CALLE 58 #7-06 CASTELLANA 7853661

Paciente: OSUNA MARTINEZ, GERMANIA JOSEFA
Doctor:
Usuario:
Enfermedad:

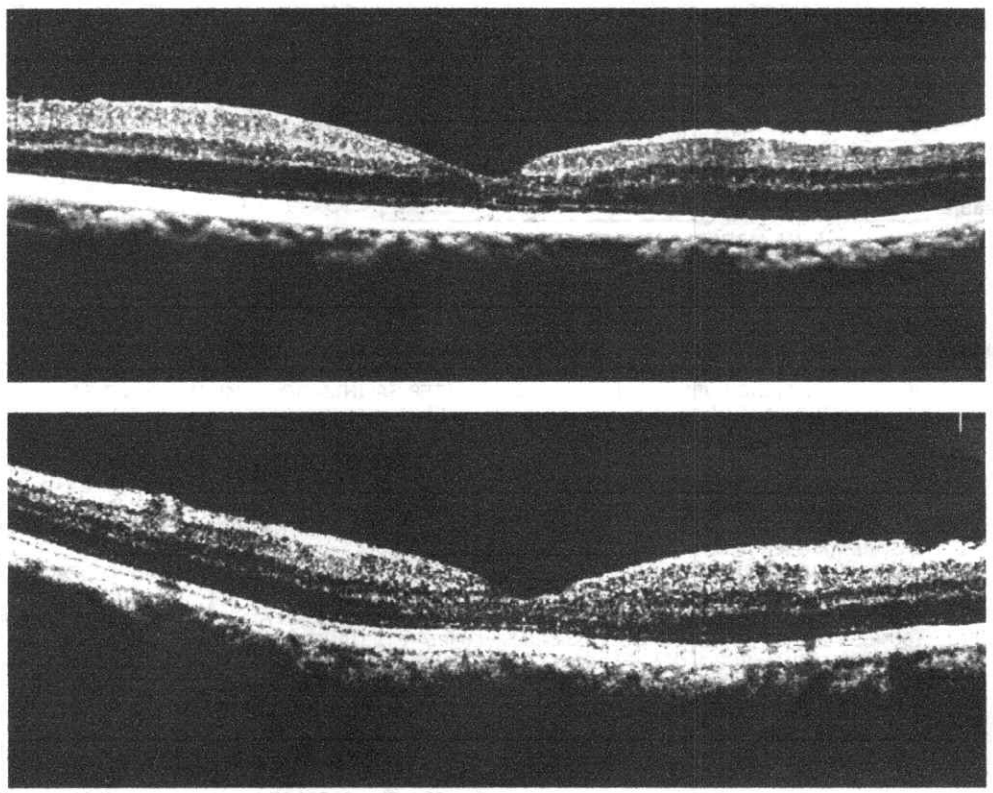
Genero: Mujer
ID: 30562416

Fecha: 10/13/2021
DOB (Edad): 10/11/1956 (65)
Etnia: Hispanic
Algoritmo Ver: A2017, 0, 0, 31

Retina Cross Line

Índice de calidad Bueno 58

Derecha / OD



Zoom out

#1
#2
Ambos

Fecha de informe: Wednesday 10/13/2021 16:16:59 Versión de software: 2017.0.0.31

Comentario:

Firma:

Defining the OCT Revolution

optovue



CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: *900868736-2*
Cod Prestador: *230010185901*
Direccion: *CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA*
Telefono (s): *(4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759 - 3004740696*
E-mail: *gerencia@ceosinu.com*

ANEXO DE FACTURA N° 12074
Admisión: 168186

Nombres y apellidos: MARIA DEL CARMEN ESPEJO REQUENES
Identificación: CC 28483008 **Edad:** 84 años 4 meses 4 dias **Sexo:** F
Dirección: B/ SANTA MARIA CLL 5A N° 13-141
Télefono: 3008778001 - 3017934603
Contrato: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Fecha Ingreso: 15/10/2021 7:01
Fecha Egreso: 15/10/2021 9:58
Tipo Afiliación: BENEFICIARIO
Régimen:
Tarifa: SENA

Código CUPS	Manual	Concepto	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
CIRUGIA				==>>	**620.063,00**
083400	083004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL Autorizacion:2919	1	265.741,00	265.741,00
083400	083004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL Autorizacion:2919	1	354.322,00	354.322,00

Subtotal:	620.063,00	**Pago Compartido:**	0,00	**Copago:**	0,00
Descuento:	0,00	**Cuota Moderadora:**	0,00	**Total a Pagar:**	0,00

Impreso: 2021-09-28

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: CORDOBA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2919

Adscrito:	330341 - CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S.
Dirección:	CALLE 58 NRO. 7 - 06 BARRIO LA CASTELLANA
Teléfono(s):	3004342503 - 7853661
Especialidad:	OFTALMOLOGIA - OFTALMOLOGIA

HC: 28483008

Favor atender por nuestra cuenta a ESPEJO REQUENES MARIA DEL CARMEN identificado con el carne 50847857-B Madre-Padre de PATERNINA ESPEJO ISABEL CRISTINA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Honorarios De Cirugia C08	1	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA REALIZAR CORRECION DE PTOSIS POR VIA ANTERIOR EN AMBOS OJOS .TARIFAS PACTDAS EN EL CONTRATO.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

María Espejo Requenes

Recibido a Satisfacción C.C. 28.483.008

creada por: eomartinezl

Centro Oftalmológico del Sinú

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: *900868736*
Cod Prestador: *230010185901*
Direccion: *CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA*
Telefono (s): *(4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696*
E-mail: *gerencia@ceosinu.com*

ADMISION: 168186
FECHA Y HORA: 15/10/2021 7:01:25

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN ESPEJO REQUENES
IDENTIFICACION: CC 28483008
FECHA DE NACIMIENTO: 24/06/1937 **EDAD:** 84 AÑOS **SEXO:** F
MUNICIPIO: CERETE **ZONA:** U
DIRECCIÓN: B/ SANTA MARIA CLL 5A N° 13-141 **TELEFONO:** 3008778001-3017934603

DATOS DE LA ADMISION

CONTRATO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
N° DE AUTORIZACION: **VIA DE INGRESO:** CONSULTA EXT. O PROGRAMADA
TIPO DE USUARIO: ESPECIAL **TIPO AFILIADO:** BENEFICIARIO **NIVEL:** 1
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: OSIRIS PATERNINA
TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE: 3008778001

DATOS DE LA REMISION

PRESTADOR QUE REMITE:
FECHA Y HORA:

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.483.008
ESPEJO REQUENES
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1937
VELEZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | O+ G.S RH | F SEXO

23-SEP-1958 VELEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1301000-00160738-F-0028483008-20090701 0012952098A 2 7650002147

REGIONAL VALLE

50.847.857 - B



Maria Del Carmen
Espejo
C.C. 28.483.008

24-06-1937
Fecha de Nacimiento

SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: 900868736
Cod. Prestador: 230010185901
Direccion:
Telefono (s): (4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696
Email: gerencia@ceosinu.com

EVOLUCION OFTALMOLOGIA

Documento de Identidad: CC 28483008
Nombres y Apellidos: MARIA DEL CARMEN ESPEJO REQUENES
Estado civil: VIUDO(A)
Dirección de domicilio: B/ SANTA MARIA CLL 5A N° 13-141
Ocupacion: NINGUNA
Aseguradora: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Nombre de la persona responsable: OSIRIS DEL CARMEN PATERNINA
Parentesco de la persona responsable: HIJO(A)

Fecha de historia: 02/09/2021 8:51:12 a.m.
Fecha de nacimiento: 24/06/1937 **Sexo:** F
Edad: 84 años 2 meses 8 dias
Lugar de Residencia: CERETE
Telefono de domicilio: 3008778001- 3017934603
Tipo de afiliacion: 2

Teléfono de la persona responsable: 300878001

Nombre del acompañante: HIJA-OSIRIS PATERNINA
Telefono del acompañante:

DESCRIPCION DE LA EVOLUCION

Motivo de consulta: CAIDA DE PARPADOS EN AMBOS OJOS.

Agudeza visual	
Ojo derecho	**Ojo izquierdo**
S/C: **C/C:**	**S/C:** **C/C:**
Ketometria: **K1:** **K2:** **Eje:**	**Ketometria:** **K1:** **K2:** **Eje:**
Biometría: **Esfera:** **Cilindro:**	**Biometría:** **Esfera:** **Cilindro:**

Evolución: OCULOPLASTICA
PACIENTE CON CAIDA DE PARPADOS EN AMBOS OJOS QUE SE HA INCREMENTADO CON EL PASO DE LOS AÑOS. EN CITA ANTERIOR HACE 6 MESES SE SOLICITÓ CIRUGIA LA CUAL NO SE REALIZÓ POR GASTRITIS.

AL EXAMEN
DERMATOCHALASIS Y PTOSIS GRADO III, DE PREDOMINIO TEMPORAL, TRIQUIASIS MECANICA, CASPAS GRADO II, MEO NORMAL, LIO EN SACO, RETINA ADHERIDA.

Conducta: CIRUGIA CON ANESTESIA LOCAL.
CORRECCIÓN DE PTOSIS POR VIA ANTERIOR EN AMBOS OJOS RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR.
NO REQUIERE PREQUIRURGICOS.
SE EXPLICAN RIESGOS COMO SON INFECCIÓN, SANGRADO, RECIDIVA, SE EXPLICA EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA Y SU INCAPACIDAD. SE EXPLICA TAMBIEN QUE LA CIRUGIA NO ES PARA CAMBIAR LA VISIÓN QUE YA TIENE ES PARA MEJORAR EL EJE VISUAL.

Declaratoria de riesgos: DURANTE LA ATENCIÓN SE TOMARON TODAS LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y BIOSEGURIDAD PARA PREVENIR Y EVITAR EL VIRUS COVID -19.

Diagnosticos: fanalidad de la consulta:10 Causa externa:13 Tipo de diagnostico:3
Diagnostico Principal:H023-BLEFAROCALASIA
Diagnostico Relacionado:H024-BLEFAROPTOSIS

Medico (a): MARIBEL ANGULO VALENCIA Registro Profesional:132739-99 Especialidad: OFTALMOLOGIA

CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S Nit. 900.868.736-2	**CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S.**	Código: COS-MI-FR-04
		Versión: 01
	CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Vigencia: 12/05/2016
		Página: 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN ESPEJO ROQUENES

No. HISTORIA CLÍNICA: 28.483.008

FECHA: 15/10/2021

1- Por medio la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al **CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S**. Para que por intermedio de médicos en ejercicio legal a su profesión, asi como el de los demás profesionales de salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar del servicio asistencial de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica:

CORRECCION DE PTOSIS POR VIA ANTERIOR EN AMBOS OJOS

2. CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S. Queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas y procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el puntos 1) si en el curso de intervención quirúrgica llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejable.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho, a nombre del **CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S.**, EL DRA. MARIBEL ANGULO VALENCIA con el objeto de identificar mis condiciones clínico - patológicas, y previa advertencia que dicho médico ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada, en los términos con los cuales se ha consignado en la **HISTORIA CLÍNICA.** Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por el **CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S.**, A quien autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico - patológica y el tipo de intervención que requiere.

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: 900868736
Cod. Prestador: 230010185901
Direccion: CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA
Telefono (s): (4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696
Email: gerencia@ceosnu.com

Nombres y Apellidos: MARIA DEL CARMEN ESPEJO REQUENES
Informe N°: 8607
Identificacion: CC-28483008 **Sexo:** F **Edad:** 84 años 3 meses 21 dia
Centro de Costo: CIRUGIA
Contrato: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Admision: 168186
Direccion Paciente: B/ SANTA MARIA CLL 5A N° 13-141
Telefono Paciente: 3008778001- 3017934603

INFORME QUIRURGICO

Medico Cirujano: MARIBEL ANGULO VALENCIA
Medico Anestesioio:
Medico Ayudante 1:
Medico Ayudante 2:
Instrumentador (a):

Origen de la Cirugia: Ambulatorio
Causa de cirugia: Enfermedad general
Fecha y Hora de Inicio: 15/10/2021 09:20
Tipo de sala: SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) Y DE PARTO
Fecha y Hora de Finalizacion: 15/10/2021 09:50
Sala o Quirofano: QUIROFANO 2
Tipo de Anestesia: LOCAL

Preoperatorio: BLEFAROPTOSIS
Post-operatorio: CORRECCION DE PTOSIS VIA ANTERIOR AMBOS OJOS
Politrauma Abdominal, Torácico, Cráneo-Facial y/o Fracturas Múltiples: ☐ SI ☑ NO

Procedimientos Realizados

CORRECCION DE PTOSIS VIA ANTERIOR AMBOS OJOS

Descripcion de Hallazgos Operatorios, Procedimientos y Complicaciones

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN CARA CON YODOPOVIDONA
PACIENTE BAG Y LIMPIEZA DE PÁRPADOS
SE COLOCA CAMPOS OPERATORIOS ESTÉRILES Y BLEFARÓSTATO
MARCACIÓN EN PIEL, RESECCIÓN DE PIEL Y GRASA REDUNDANTE
HEMOSTASIA CON ELECTRO BISTURÍ, VERIFICACIÓN DE SIMETRÍA PALPEBRAL, CIERRE DE PIEL Y PIEL CON PROLENE 6/0 PUNTOS SEPARADOS.
APLICACIÓN DE UNGÜENTO Y GOTAS OFTÁLMICAS
VENDAJE PALPEBRAL, EJE VISUAL DESPEJADO
SE DAN RECOMENDACIONES AL PACIENTE, VERBAL Y ESCRITO
FORMULA MÉDICA Y CITA DE CONTROL
NO COMPLICACIONES

Complicaciones: No
Sangrado aproximado: NO
Muestras a Patologia: NO

Medico (a): MARIBEL ANGULO VALENCIA
Registro Profesional: 132739-99
Especialidad: OFTALMOLOGIA

CENTRO OFTALMOLÓGICO
DEL SINÚ

HOJA DE GASTOS DE CIRUGIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria espejo Reguenes. EDAD: 84 años IDENTIFICACIÓN: 28483008

INTERVENCIÓN: Corrección de prótesis por via anterior CIRUJANO: Manfred angulo valencia.

ANESTESIÓLOGO: — INST QX: Dina Herrera. FECHA: 15-10-2021.

AUXILIAR: Luna violet. CIRCULANTE: Deley cujares ENTIDAD: Sena.

DROGAS Y MATERIALES	CANTIDAD
AIRE COMPRIMIDO	
ADRENALINA AMP 1mg	
AFLIBERCEPT	
ATROPINA AMP 1mg	
AGUA ESTÉRIL X 500CC	
AGUJA HIPODÉRMICA N° 27	1
APLICADORES x 5	1 paquete
ACEITE DE SILICON	
AZUL TRIPAN	
AMIKACINA AMP	
ABOCAT N° 18	
ABOCAT N°	
AMIODARONA	
AMIKACINA	
AZUL MEMBRAN BLUE	
BATA ESTÉRIL ACCESORIA	
BANDA DE SILICON	
BUPIROP SIMPLE 0.5%	
BURETROL	
BRIMONIDINA 2%	En uso
BROMURO DE VECURONIO	
BROMURO DE ROCURONIO	
CLORURO DE SODIO X 100CC	
CLORURO DE SODIO X 250CC	
CLORURO DE SODIO X 500CC	
CLORURO DE SODIO X 1000CC	
CUCHILLETE	
CUCHILLA DE BISTURÍ N° 11	
CUCHILLA DE BISTURÍ N° 15	1
CASSETTE	
CÁNULAS NASALES	
CASCARILLAS OCULARES	
CATETER HEPARINIZADO	
COMPRESAS ACCESORIAS	
CEFALOTINA 1GR	
COMBIGAN GOTAS OFTAL	
DEXAMETASONA 8MG	
DEXAMETASONA 4MG	
DEXTROSA AL 5% X 500CC	
DEXTROSA AL 10% X 500CC	

DROGAS Y MATERIALES	CANTIDAD
DICLOFENACO AMP 75mg	
DIPIRONA 1GR	
DIPIRONA 2,5 GR	
EFFORTIL AMP 1mg	
EQUIPO DE EXT DE ANEST	
ELECTROS	
EQUIPO MACROGOTEO	
EQUIPO MICROGOTEO	
ESPARADRAPO	
FENTANYL AMP 0.5mg	
FORMOL	
FENITOINA AMP	
GORROS	1
GASAS X 5	2 paquetes
GENTAMICINA AMP 80mg	
GUANTES ESTÉRIL	3 pares
HIDROCORTISONA 100mg	
JERINGAS 1CC	
JERINGAS 3CC	
JERINGAS 5CC	
JERINGAS 10CC	1
JERINGAS DE 20CC	
KETAMINA AMP 10ml	
KIT FACO	
KIT VITRECTOMIA	
LUCENTIS	
LÁPIZ DE ELECTRO	1
LENTE INTRAOCULAR	
LLAVE 3 VIAS	
MASCARILLAS	1
MICROPORE	En uso
MIDAZOLAM AMP 15mg	
MANITOL X 500CC	
METROCLOPRAMIDA 10m	
MITOMICINA C 5mg	
MERSILENE 5/0	
NYLON Nº 10/0	
NYLON Nº	
NEOSTIGMINA AMP 0.5	
OQ SEPTIC GOTAS	En uso

DROGAS Y MATERIALES	CANTIDAD
OQ SEINA GOTAS	En uso
OQ MIOT ACETILCOLINA	
OXIGENO	
OZURDEX	
PRECEDEX	
PROPOFOL	
PERFLURODECALINA	
PROLENE N°	
PROLENE N°	
PAQUETE OFTAL	
POLIPROPILENO 6/0	1
POLIPROPILENO 10/0	
POLAINAS	1 par
QUELICIN	
REMIFENTANYL 2mg	
RANITIDINA 50mg	
SUERO FISIOLOGICO X 100CC	
SUERO FISIOLOGICO X 500CC	
SOLUC. HARTMAN X 500CC	
SOLUC SALINA BALANCEADA	
SONDA NELATON N°	
SONDA ENDOLUZ	
SONDA ENDOLASER	
SEDA N°	
SERVICIO DE LASER	
TEGADER	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TROPICAMIDA + FENILEFRINA	
TRAMADOL	
TRAZIDEX UNGUENTO	
VANCOMICINA AMP 500mg	
VICRYL N°	
VISCOELASTICO METILCEL	
VISCOELASTICO HIALUR	
VIGADEXA	
XILOCAINA SIMPLE 2%	5cc
XILOCAINA CON EPINEFRINA	5cc
XILOCAINA JALEA	En uso

ELABORADO POR

CLL 58 # 7-06
Montería – Córdoba

CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ

LISTA DE VERIFICACIÓN CIRUGIA SEGURA		
CODIGO: AS-CX-06	FECHA: 12-07-2016	VERSION: 01

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Del Carmen Espejo Requenes. N° HISTORIA CLÍNICA: 28483008.

PROCEDIMIENTO: Corrección De Ptosis Por Via Anterior. En AO.

ENTIDAD: Aprendizaje Sena. EDAD: 84 años SEXO: M ____ F ____ I ____

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA

INGRESO

Se ha confirmado con el paciente:
Identidad del Paciente Si ✓ No ____
Sitio Operatorio Si ✓ No ____
Procedimiento Quirúrgico Si ✓ No ____
Consentimiento Informado Si ✓ No ____

Sitio operatorio marcado
Si ✓ No ____

Se cuenta con instrymental especializado y demás dispositivos médicos requeridos para el procedimiento
Si ✓ No ____

Lista de chequeo de anestesia
Máquina, Medicamentos, Elementos Completa:
Si ✓ No ____

Pulsoximetria instalada y funcionando correctamente
Si ✓ No ____

¿Tiene el paciente alergia conocida? Nimesulida. Aztromana
Si NO No ✓ No Aplica ____

Riesgo de vía aérea dificil / Riesgo de broncoaspiración?
Si ____ No ✓ No Aplica ____

¿Hay equipo y ayuda disponibles?
Si ✓ No ____ No Aplica ____

Se verifica Ojo a Operar
Ojo Derecho AO.
Ojo Izquierdo ____

ANTES DE LA INCISIÓN

PAUSA

Todos los miembros del equipo se conocen por su nombre y función y están presentes.
Si ✓ No ____

Revisión de Eventos críticos:
El cirujano revisa los pasos criticos o imprevisto que pueden ocurrir durante el procedimiento
Si ✓ No ____

Se tiene previsto los insumos y condiciones para un procedimiento opcional
Si ____ No ✓

¿El paciente presenta algún problema específico detectado por el anestesiólogo?
Si ____ No ✓ Cual ____

¿El Instrumentador revisa la esterilidad de instrumental e insumos?
Si ✓ No ____

¿Se ha comprobado que los equipos necesarios para el procedimiento funcionan correctamente?
Si ✓ No ____

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica según lo establecido en el protocolo de la institución?
Si ✓ No ____ No Aplica ____

¿Se cuenta con las imágenes diagnosticas necesarias para el procedimiento quirúrgico y estas son claras?
Si ✓ No ____ No Aplica ____

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO

SALIDA

Enfermeria confirma con el equipo quirúrgico:

Nombre del procedimiento quirúrgico finalmente realizado:
Si ✓ No ____

¿Que el conteo de elementos cortopunzantes, gasas, compresas este completo?
Si ✓ No ____ No Aplica ____

¿Se marcaron las muestras según protocolo establecido en la institución?
Si ____ No ____ No Aplica ✓

Existieron problemas de equipos que Deban ser discutidos:
Si ____ No ✓ ¿Cual? ____

¿El cirujano, anestesiólogo, y Enfermería hacen las consideraciones particulares para la recuperación y manejo pop del Paciente?
Si ✓ No ____ No Aplica ____

Recomendaciones POST-OPERATORIA:

¿Cuidados intermedios / intensivos?
Si ____ No ✓ No Aplica ____

¿Analgesia postoperatoria?
Si ✓ No ____ No Aplica ____

Se entregan las recomendaciones Post Quirurgicas
Si ✓ No ____

COORDINADOR DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN
NOMBRE: [signature] FIRMA Y / SELLO: [signature]

Centro Oftalmológico del Sinú

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: *900868736-2*
Cod Prestador: *230010185901*
Direccion: *CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA*
Telefono (s): *(4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696*
E-mail: *gerencia@ceosinu.com*

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
COS12075

Fecha Factura: 28/10/2021
Fecha Vencimiento: 27/11/2021
Forma de pago: Crédito

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034-1
Dirección: CALLE 57 N 8 69
Teléfono: 7833315

Paciente: GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS
Identificación: CC-30562416 **Tipo Afiliación:** BENEFICIARIO
Fecha Nacimiento: 11/10/1956 **Edad:** 65 años 0 meses 5 dias
Fecha Ingreso: 16/10/2021 08:07 **Regimen:** ESPECIAL
Fecha Egreso: 16/10/2021 08:33 **Admisión:** 168389
Contrato: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tarifa: SENA

Código	Manual	Descripción del servicio	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
BIOMETRIA					
952001	952001	BIOMETRIA OCULAR Autorizacion:1880	1	25.156,00	25.156,00
					25.156,00

Subtotal:	$ 25.156,00	**Pago Compartido:**	$ 0,00	**Total a Pagar**
Descuento:	$ 0,00	**Cuota Moderadora:**	$ 0,00	**$ 25.156,00**
IVA:	$ 0,00	**Copago:**	$ 0,00	

Código CUFE:59635731a3eae2138a7fcf9fb1e848e5b9cd8f21092de18dfbbf3b4e5ad3b74b116dee4871fecf9d751879ab202db6c4

Representación gráfica de la factura de venta electrónica fecha y hora de generación de factura:2021-10-28 16:47:58.179577

SON:

Notas: GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS #$36-02-00- 023-000000;CONTRATO2054940;mcamachof@sena.edu.co#$

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR PARA EFECTOS LEGALES SEGÚN EL CÓDIGO DE COMERCIO. EL CLIENTE ACEPTA LAS CONDICIONES AQUI ESTABLECIDAS Y DECLARA HABER RECIBIDO EL SERVICIO A SATISFACCIÓN.

Regimen común

RESOLUCION DIAN N° 18764015066068 PARA FACTURACION ELECTRONICA DESDE EL 13 DE JULIO DE 2021 HASTA 13 DE JULIO DE 2022 CON NUMERACION DESDE 10001 HASTA LA 30000 PREFIJO "COS".

PARA CONSIGNACIONES Y/O TRASFERENCIAS, FAVOR REALIZAR A LA CUENTA DE XXXXXXX N°.XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXX.

Firma Representante legal

Documento firmado electrónicamente

Software SISS | Sistema Integral para el Sector Salud | www.siscolsi.com.co

Impreso: 2021-07-18

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: CORDOBA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1888

Adscrito:	330341 - CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S.
Dirección:	CALLE 58 NRO. 7 - 06 BARRIO LA CASTELLANA
Teléfono(s):	3004342503 - 7853661
Especialidad:	OFTALMOLOGIA - OFTALMOLOGIA

HC: 30562416

Favor atender por nuestra cuenta a OSUNA DE HOYOS GERMANIA JOSEFA identificado con el carne 15035693-B Conyuge de HOYOS PACHECO ALFONSO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	25156	25156

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA REALIZAR BIOMETRIA EN OJO IZQUIERDO.TARIFAS PACTADAS EN EL CONTRATO.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Germania Osuna

Recibido a Satisfacción C.C. 30562416

creada por: eomartinezl

Impreso: 2021-07-18

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: CORDOBA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1888

Adscrito:	330341 - CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S.
Dirección:	CALLE 58 NRO. 7 - 06 BARRIO LA CASTELLANA
Teléfono(s):	3004342503 - 7853661
Especialidad:	OFTALMOLOGIA - OFTALMOLOGIA

HC: 30562416

Favor atender por nuestra cuenta a OSUNA DE HOYOS GERMANIA JOSEFA identificado con el carne 15035693-B Conyuge de HOYOS PACHECO ALFONSO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	25156	25156

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA REALIZAR BIOMETRIA EN OJO IZQUIERDO.TARIFAS PACTADAS EN EL CONTRATO.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Germanio Ozuna

Recibido a Satisfacción C.C. 30562416

creada por: eomartinezl

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN No. 1888
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA

Beneficiario	GERMANIA OSUNA	IDENTIFICACION 30562416	
No. Carné	15035693/B	Fecha	14 DE JULIO DEL 2021

R/.	EXAMENES	Cantidad
	BIOMETRIA EN OJO IZQUIERDO	
	DEFECTO MACULAR	
	64 AÑOS	

Firma y Sello del Médico

Dr. Alvaro Mora Ospina
MÉDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD METROPOLITANA
REG. 2223\93

GTH-F-005 V.01

15/Oct/2021 06:51 PM V1.12

Centro Oftalmologico

Paciente: germania osuna

Edad: 65

ID: 30562616

Usuario: DR: JORGE JIMENEZ

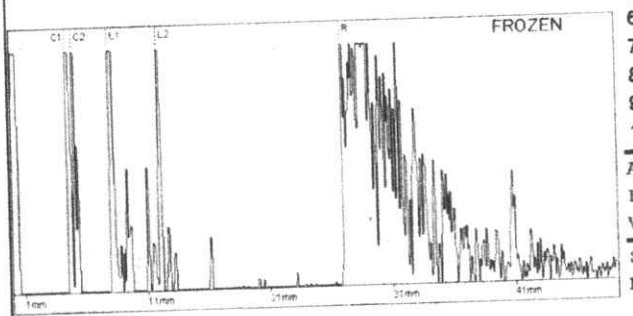
Biometría Predet: PROBE CHECK

Paquimetría Predet: 000

OI/Ojo Izquierdo

Tipo: **Fáquico**
K1: **44.75** A1:
K2: **45.75** A2:
K: **45.25**
Blanco A

AC: **1532** L: **1631**
Técnica: **Inmersión**
Modo: **AUTO**
Ganancia: 64



V: 1532

1	22.61
2	22.64
3	22.64
4	22.64
5	22.64
6	22.64
7	22.64
8	22.64
9	22.61
10	22.64
AC:	3.50
L:	4.18
V:	14.97
SD:	0.01
Media:	22.63

OI/Ojo Izquierdo

TA: **0.00**

K1: 44.75
K2: 45.75
K: 45.25
LA Media: 22.63
AC: 3.49
SD: 0.01

1ª
LIO: **acrvfold** P
Fórmula: **SRK-T**
A: 118.00
Emetropia: **20.97**

Potencia	Refracción
19.00	1.35
19.50	1.02
20.00	0.67
20.50	0.33
21.00	-0.02
21.50	-0.38
22.00	-0.73
22.50	-1.10
23.00	-1.46

2ª
LIO: **HOYA** P
Fórmula: **SRK-T**
A: 118.90
Emetropia: **22.14**

Potencia	Refracción
20.00	1.41
20.50	1.08
21.00	0.76
21.50	0.43
22.00	0.09
22.50	-0.24
23.00	-0.58
23.50	-0.93
24.00	-1.28

3ª
LIO: **IQ** P
Fórmula: **SRK-T**
A: 118.70
Emetropia: **21.87**

Potencia	Refracción
20.00	1.24
20.50	0.92
21.00	0.59
21.50	0.25
22.00	-0.09
22.50	-0.43
23.00	-0.78
23.50	-1.13
24.00	-1.48

DETALLES BIOMETRIA

OI/Ojo Izquierdo

Tipo: **Fáquico**
K Media: **45.25**

Scan	LA (mm)	AC (mm)	L (mm)	V (mm)
1	22.61	3.47	4.16	14.88
2	22.64	3.50	4.18	14.97
3	22.64	3.51	4.18	14.97
4	22.64	3.50	4.18	14.96

Centro Oftalmológico del Sinú

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: *900868736-2*
Cod Prestador: *230010185901*
Direccion: *CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA*
Telefono (s): *(4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696*
E-mail: *gerencia@ceosinu.com*

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
COS12076

Fecha Factura: 28/10/2021
Fecha Vencimiento: 27/11/2021
Forma de pago: Crédito

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034-1
Dirección: CALLE 57 N 8 69
Teléfono: 7833315

Paciente: GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS
Identificación: CC-30562416 **Tipo Afiliación:** BENEFICIARIO
Fecha Nacimiento: 11/10/1956 **Edad:** 65 años 0 meses 5 dias
Fecha Ingreso: 16/10/2021 08:09 **Regimen:** ESPECIAL
Fecha Egreso: 16/10/2021 08:20 **Admisión:** 168390
Contrato: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tarifa: SENA

Código	Manual	Descripción del servicio	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES					
950610	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES Autorizacion:2144	1	32.789,00	32.789,00
					32.789,00

Subtotal:	$ 32.789,00	**Pago Compartido:**	$ 0,00	**Total a Pagar**
Descuento:	$ 0,00	**Cuota Moderadora:**	$ 0,00	**$ 32.789,00**
IVA:	$ 0,00	**Copago:**	$ 0,00	

Código CUFE:0d629ae6ac12b2a1c9a236892f5bc61d63f6885b2729156b8fd9a485b03df0eaec6120c3acce5ada723d22588849cfe

Representación gráfica de la factura de venta electrónica fecha y hora de generación de factura:2021-10-28 16:48:56.5121

SON:

Notas: GERMANIA JOSEFA OSUNA DE HOYOS #$36-02-00- 023-000000;CONTRATO2054940;mcamachof@sena.edu.co#$

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR PARA EFECTOS LEGALES SEGÚN EL CÓDIGO DE COMERCIO. EL CLIENTE ACEPTA LAS CONDICIONES AQUI ESTABLECIDAS Y DECLARA HABER RECIBIDO EL SERVICIO A SATISFACCIÓN.

Regimen común

RESOLUCION DIAN N° 18764015066068 PARA FACTURACION ELECTRONICA DESDE EL 13 DE JULIO DE 2021 HASTA 13 DE JULIO DE 2022 CON NUMERACION DESDE 10001 HASTA LA 30000 PREFIJO "COS".

PARA CONSIGNACIONES Y/O TRASFERENCIAS, FAVOR REALIZAR A LA CUENTA DE XXXXXXX N°.XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXX.

Firma Representante legal

Documento firmado electrónicamente

Impreso: 2021-08-03

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: CORDOBA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2144

Adscrito:	330341 - CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S.
Dirección:	CALLE 58 NRO. 7 - 06 BARRIO LA CASTELLANA
Teléfono(s):	3004342503 - 7853661
Especialidad:	OFTALMOLOGIA - OFTALMOLOGIA

HC: 30562416

Favor atender por nuestra cuenta a OSUNA DE HOYOS GERMANIA JOSEFA identificado con el carne 15035693-B Conyuge de HOYOS PACHECO ALFONSO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	32789	32789

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA REALIZAR RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES OJO IZQIERDO.TARIFAS PACTADAS EN EL CONTRAO

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Firma y Sello del Médico

Médico/Odontólogo Asesor

Germania Osuna

Recibido a Satisfacción C.C. 30562416

creada por: eomartinezl

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA

No. 2144

Beneficiario	GERMANIA OSUNA	IDENTIFICACION 30562416	
No. Carné	15035693/B	Fecha	22/12/2020

R/.	EXAMENES	Cantidad
	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIAL OJO IZQUIERDO	

Firma y Sello del Médico

Dr. Alvaro Lora Ortiz
MÉDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD METROPOLITANA
REG. 2223|93

GTH-F-005 V.01

Impreso: 2021-08-03

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: CORDOBA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2144

Adscrito:	330341 - CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S.
Dirección:	CALLE 58 NRO. 7 - 06 BARRIO LA CASTELLANA
Teléfono(s):	3004342503 - 7853661
Especialidad:	OFTALMOLOGIA - OFTALMOLOGIA

HC: 30562416

Favor atender por nuestra cuenta a OSUNA DE HOYOS GERMANIA JOSEFA identificado con el carne 15035693-B Conyuge de HOYOS PACHECO ALFONSO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

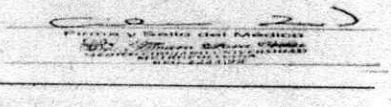
Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	32789	32789

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA REALIZAR RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES OJO IZQIERDO.TARIFAS PACTADAS EN EL CONTRAO

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO



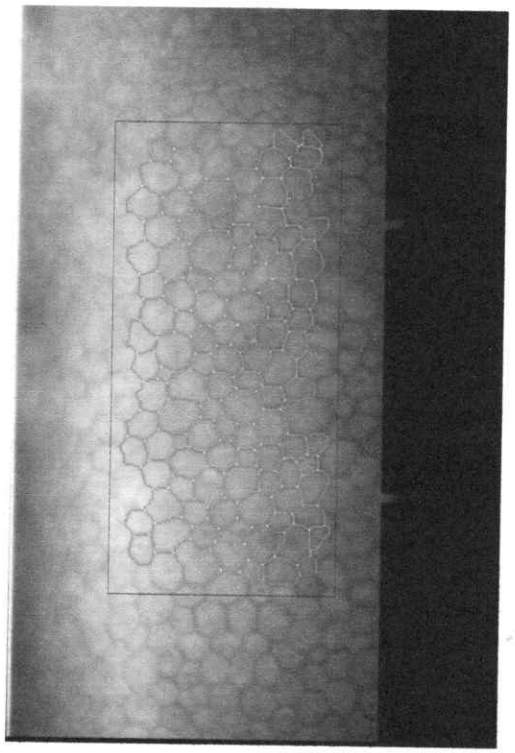
Médico/Odontólogo Asesor

Germania Osuna

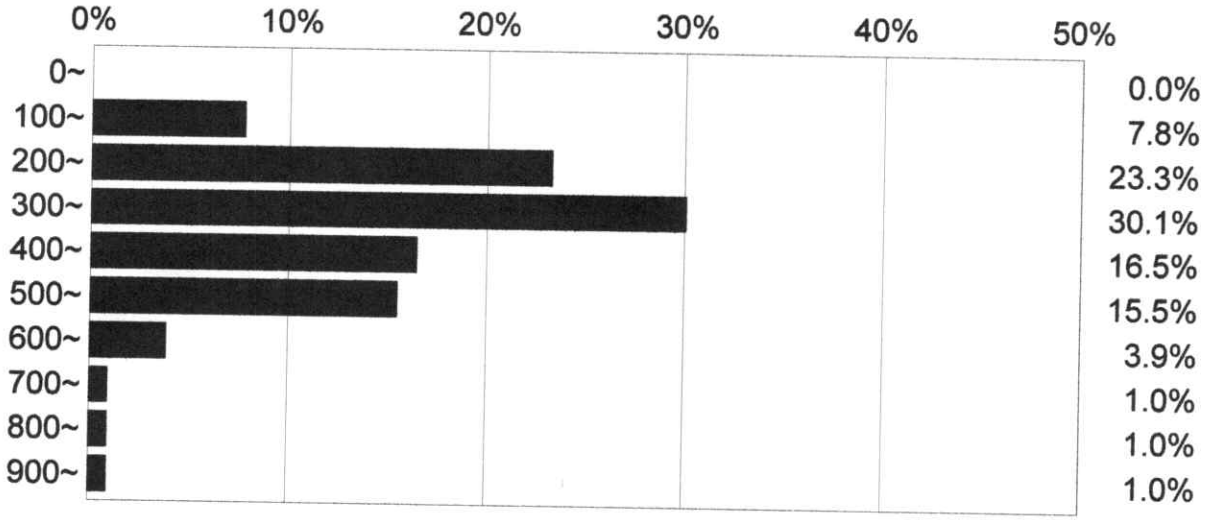
Recibido a Satisfacción C.C. 3056244

creada por: eomartinezl

SP-3000P CellCount Report



PatientID	2754431	
Cermarra. Josefa. Osna. Rehayo		
Shooting Date	12/23/2020	
Shooting Time	11:49:54	
Eye(Position)	R(C)	
Cornea Thick	0.484	(mm)
Number of Cells	103	
Minimum Size	100.6	(μm²)
Maximum Size	908.0	(μm²)
Average Size	381.3	(μm²)
S.D. of Size	145.8	(μm²)
C.V. of Size	38.2	(%)
Cell Density	2622.8	(/mm²)
Hexagonality	41	(%)



File Name: 01_20201223_114954_rc_a_2754431.TIF

Impreso: 2021-10-19

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: CORDOBA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3215

Adscrito:	330341 - CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S.
Dirección:	CALLE 58 NRO. 7 - 06 BARRIO LA CASTELLANA
Teléfono(s):	3004342503 - 7853661
Especialidad:	OFTALMOLOGIA - OFTALMOLOGIA

HC: 6583116

Favor atender por nuestra cuenta a PINTO URANGO GAMALIEL JOSE identificado con el carne 78027076-A Madre-Padre de PINTO ESPITIA MAXIMO MANUEL Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Honorarios De Cirugia C04	1	0	0

O B S E R V A C I O N E S

SE AUTORIZA REALIZAR IRIDOTOMIA INFERIOR EN OJO IZQUIERDO.TARIFAS PACTADAS EN EL CONTRATO.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Firma y Sello del Medico

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 6583116

creada por: eomartinezl

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN **No.3215**
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA EDAD

Beneficiario	**GAMALIEL PINTO**	**IDENTIFICACION CC 6583116**	
No. Carné	**78027076/A**	**Fecha**	**14 DE OCTUBRE DEL 2021**

R/.	Cantidad
SE AUTORIZA IRIDOTOMIA INFERIOR EN OJO IZQUIERDO	
72 AÑOS	

Firma y Sello del Médico

Dr. Alvaro Lora Ortiz
MÉDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD METROPOLITANA
REG. 2223|93

GTH-F-005 V.01

Centro Oftalmológico del Sinú

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: *900868736-2*
Cod Prestador: *230010185901*
Direccion: *CALLE 58 # 7 - 06 B/ LA CASTELLANA*
Telefono (s): *(4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696*
E-mail: *gerencia@ceosinu.com*

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
COS12077
Fecha Factura: 28/10/2021
Fecha Vencimiento: 27/11/2021
Forma de pago: Crédito

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034-1
Dirección: CALLE 57 N 8 69
Teléfono: 7833315

Paciente: GAMALIEL JOSE PINTO URANGO
Identificación: CC 6583116 **Tipo Afiliación:** BENEFICIARIO
Fecha Nacimiento: 27/01/1949 **Edad:** 72 años 8 meses 29 dias
Fecha Ingreso: 25/10/2021 14:42 **Regimen:** ESPECIAL
Fecha Egreso: 25/10/2021 17:34 **Admisión:** 169385
Contrato: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tarifa: SENA

Código	Manual	Descripción del servicio	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
IRIDOTOMIA YAG LASER					
121102	121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA Autorizacion:3215	1	192.449,00	192.449,00
					192.449,00

Subtotal:	$ 192.449,00	**Pago Compartido:**	$ 0,00	**Total a Pagar**
Descuento:	$ 0,00	**Cuota Moderadora:**	$ 0,00	**$ 192.449,00**
IVA:	$ 0,00	**Copago:**	$ 0,00	

Código CUFE:f5ace3b06add7fe28a896188f109d28e0971801bc2fd1858c85fdf88f40411539d646779f77799ac601207c33dc5b04f

Representación gráfica de la factura de venta electrónica fecha y hora de generación de factura:2021-10-28 16:50:03.647513

SON:

Notas: GAMALIEL JOSE PINTO URANGO #$36-02-00- 023-000000;CONTRATO2054940;mcamachof@sena.edu.co#$

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR PARA EFECTOS LEGALES SEGÚN EL CÓDIGO DE COMERCIO. EL CLIENTE ACEPTA LAS CONDICIONES AQUI ESTABLECIDAS Y DECLARA HABER RECIBIDO EL SERVICIO A SATISFACCIÓN.

Regimen común

RESOLUCION DIAN N° 18764015066068 PARA FACTURACION ELECTRONICA DESDE EL 13 DE JULIO DE 2021 HASTA 13 DE JULIO DE 2022 CON NUMERACION DESDE 10001 HASTA LA 30000 PREFIJO "COS".

PARA CONSIGNACIONES Y/O TRASFERENCIAS, FAVOR REALIZAR A LA CUENTA DE XXXXXXX N°.XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXX.

Firma Representante legal

Documento firmado electrónicamente

169385

CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S Nit. 900.868.736-2	CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S.	Código: COS-MI-FR-04
		Versión: 01
	CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Vigencia: 12/05/2016
		Página: 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE: GAMALIEL JOSE PINTO ORANGO

No. HISTORIA CLÍNICA: 6.583.116

FECHA: 15/10/2021

1- Por medio la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al **CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S**. Para que por intermedio de médicos en ejercicio legal a su profesión, asi como el de los demás profesionales de salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar del servicio asistencial de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica:

IRIDOTOMIA INFERIOR EN OJO IZQUIERDO

2. CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S. Queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas y procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el puntos 1) si en el curso de intervención quirúrgica llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejable.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho, a nombre del **CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S.**, EL DRA. MARLOVIS MESTRA con el objeto de identificar mis condiciones clínico - patológicas, y previa advertencia que dicho médico ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada, en los términos con los cuales se ha consignado en la **HISTORIA CLÍNICA.** Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por el **CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL SINÚ S.A.S.**, A quien autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico - patológica y el tipo de intervención que requiere.

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: 900868736
Cod. Prestador: 230010185901
Direccion:
Telefono (s): (4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696
Email: gerencia@ceosinu.com

EVOLUCION OFTALMOLOGIA

Documento de Identidad: CC 6583116
Nombres y Apellidos: GAMALIEL JOSE PINTO URANGO
Estado civil: CASADO(A)
Dirección de domicilio: B/ VILCHEZ
Ocupacion: NINGUNA
Aseguradora: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Nombre de la persona responsable: DAMARIS ESPITIA
Parentesco de la persona responsable: ESPOSO(A)

Fecha de historia: 11/10/2021 9:57:29 a. m.
Fecha de nacimiento: 27/01/1949 **Sexo:** M
Edad: 72 años 8 meses 15 dias
Lugar de Residencia: CERETE
Telefono de domicilio: 3008097573
Tipo de afiliacion: 2

Teléfono de la persona responsable: 3008097573

Nombre del acompañante:

Telefono del acompañante:

DESCRIPCION DE LA EVOLUCION

Motivo de consulta: RETINA

Agudeza visual	
Ojo derecho	**Ojo izquierdo**
S/C: **C/C:**	**S/C:** **C/C:**
Ketometria: **K1:** **K2:** **Eje:**	**Ketometria:** **K1:** **K2:** **Eje:**
Biometría: **Esfera:** **Cilindro:**	**Biometría:** **Esfera:** **Cilindro:**

Evolución: PACIENTE POP DE FACO + LIO + VITRECTOMIA POSTERIOR + ENDOLASER + ACEITE DE SILICON EN OJO IZQUIERDO 7/09/2021 POR DESPRENDIMIENTO DE RETINA, REFIERE LAGRIMEO
EXAMEN:
BIO
OD CORNEA CLARA, CAF, CATARATA GRADO 2-3
OI CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR FORMADA, LIO CENTRADO, SUTURAS OK, IRIDECTOMIA INFERIOR CERRADA.
PIO OI 06
FDO
OD RETINA APLICADA, NERVIO OPTICO CON EXC. 0.5 - 0.6%, SE REVISA EXTRENA PERIFERIA SIN EVIDENCIA DE AGUJEROS, LESIONES O DESGARROS.
OI RETINA APLICADA, HUELLAS DE LASER EN 360° CICATRIZADAS, ACEITE DE SILICON EN POLO POSTERIOR.

Conducta: SUSPENDER TIMOLOL GOTAS.
VIGAMOX Y CORTIOFTAL HASTA TERMINAR.
CONTINUAR NEVANAC CADA 8H Y HUMYLUB CADA 4H EN OJO IZQUIERDO.
IRIDOTOMIA INFERIOR EN OJO IZQUIERDO.

Declaratoria de riesgos: EXPLICACION DE HALLAZGOS.

Diagnosticos: fanalidad de la consulta:10 Causa externa:13 Tipo de diagnostico:3
Diagnostico Principal:H330-DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA

Medico (a): MARUDYS MESTRA BURGOS Registro Profesional:23459-2001 Especialidad: OFTALMOLOGIA

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL SINU S.A.S

NIT: 900868736
Cod. Prestador: 230010185901
Direccion:
Telefono (s): (4)7853661 - 3004342503 OPTOMETRIA:7887759-3004740696
Email: gerencia@ceosinu.com

EVOLUCION OFTALMOLOGIA

Documento de Identidad: CC 6583116
Nombres y Apellidos: GAMALIEL JOSE PINTO URANGO
Estado civil: CASADO(A)
Dirección de domicilio: B/ VILCHEZ
Ocupacion: NINGUNA
Aseguradora: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Nombre de la persona responsable: DAMARIS ESPITIA
Parentesco de la persona responsable: ESPOSO(A)

Fecha de historia: 25/10/2021 5:32:00 p. m.
Fecha de nacimiento: 27/01/1949 **Sexo:** M
Edad: 72 años 8 meses 29 dias
Lugar de Residencia: CERETE
Telefono de domicilio: 3008097573
Tipo de afiliacion: 2
Teléfono de la persona responsable: 3008097573

Nombre del acompañante:
Telefono del acompañante:

DESCRIPCION DE LA EVOLUCION

Motivo de consulta: IRIDOTOMIA YAG LASER OI

Agudeza visual	
Ojo derecho	**Ojo izquierdo**
S/C: **C/C:**	**S/C:** **C/C:**
Ketometria: **K1:** **K2:** **Eje:**	**Ketometria:** **K1:** **K2:** **Eje:**
Biometría: **Esfera:** **Cilindro:**	**Biometría:** **Esfera:** **Cilindro:**

Evolución: SE REALIZA IRIDITOMIA YAG LASER EN OJO IZQUIERDOASI:

OJO IZQUIERDO 226 DISPAROS A 5.0 MJ DE PODER

PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Conducta: -NEVANAC GOTAS 0.1% SOLUCION OFTALMICA APLICAR 1 GOTA 3 VECES AL DIA EN OJO IZQUIERDO
-LOTESOFT GOTAS 0.5% CADA 3H EN OJO IZQUIERDO
-CONTROL EN 15 DIAS.

Declaratoria de riesgos:

Diagnosticos: fanalidad de la consulta:10 Causa externa:13 Tipo de diagnostico:3
Diagnostico Principal:H330-DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA

Medico (a): MARUDYS MESTRA BURGOS Registro Profesional:23459-2001 Especialidad: OFTALMOLOGIA

Software SISS | Sistema Integral para el Sector Salud | www.siscolsi.com.co