CLINICA SAN FRANCISCO S.A.
Nit: 800191916-1 Dirección: Calle 26 No 34 60 Teléfono 2359497
Correo electronico facturacion@clinicasfco.com.co
Código IPS 768340575101

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° FHC67118

Cliente:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		
Nit:	899999034-1	**Categoria:**	C008 - CONSULTA EXTERNA
Fecha y hora generación:	4/04/2023 8:20:35 a. m.	**Estado :**	FACTURADA
Fecha vencimiento:	4/04/2023	**Plazo:**	0
Forma Pago:	Crédito	**Medio Pago:**	Acuerdo mutuo
Estado F.E.:	Valida	**Fecha y hora Validación:**	4/04/2023 8:20:38 a. m.

CUFE: df942c21613fb8b197bc09e0293fe7eecc9efb452b2d543ca938c12315663b572bf2684ed02d618957b7e6ca40d116fd

Impuesto sobre las ventas. Autorización Dian No 18764029510210 de 31/05/2022 12:00:00 a. m. Del FHC 1 al FHC 400000 (vigencia 12 meses.)

Datos Cliente

G. Atención:	076 - SENA 2022	**Código EPS:**	PEC001
Dirección:	CALLE 52 No 2BIS 15	**Teléfono:**	4315886
EAPB:	087 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	**Cobertura:**	Cobertura Régimen Especial o Excepción
Contrato:	OTROSI 1 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Modalidad:**	Por servicio

Datos Paciente

Documento No:	**66801799**	**Tipo Identificación:**	CC		
Tipo Usuario:	Especiales o de Excepción cotizante	**Ingreso:**	78989		
Primer Apellido:	LOZANO	**Segundo Apellido:**	SARRIA		
Primer Nombre:	CRISTINA	**Segundo Nombre:**			
Nivel:	09 - REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION	**Dirección:**	CARRERA 4 N.19-72 B/RICAUTE		
Fecha Ingreso:	4/04/2023 8:19:01 a. m.	**Fecha Egreso:**	4/04/2023 8:29:01 a. m.	**Edad:**	52 años 4 meses 8 días
Teléfono:	3162466077 - 3214556704	**Usuario:**	1217 - NATALIA ROMERO	**Póliza:**	
Correo Electrónico:	crisitonalozanosarria@gmail.com	**Diagnóstico:**	Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL		

Centro At.: CLINICA SAN FRANCISCO SA **U. F. Ingreso:** 03 - CONSULTA EXTERNA CONSULTAS **U. F. Egreso:** 03 - CONSULTA EXTERNA CONSULTAS

Observaciones:

Código	Fecha	Nombre	Autoriza.	Mipres	IdMipres	Cant.	U/M	VR. Unit.	VR. Pac.	VR. Ent.
Grupo: 16 - CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS										
890240	4/04/2023	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	1129			1	94	**$ 90.000**	$ 0	$ 90.000
								Total Grupo:		**$ 90.000**

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 90.000
VALOR DESCUENTO ENTIDAD	$ 0
VALOR CUOTA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	$ 0
VALOR DESCUENTO PACIENTE	$ 0
VALOR CXC PACIENTE	$ 0
VALOR TOTAL FACTURA	**$ 90.000**

TOTAL ITEMS: 1

TOTAL: NOVENTA MIL PESOS M/Cte.

CLINICA SAN FRANCISCO S.A.
Nit: 800191916-1 Dirección: Calle 26 No 34 60 Teléfono 2359497
Código IPS 768340575101

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° FHC67118

Nit: 899999034-1 **Fecha:** 4/04/2023 8:20:35 a. m.
Cliente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Estado:** FACTURADA
Categoria: C008 - CONSULTA EXTERNA
Paciente: 66801799 - CRISTINA LOZANO SARRIA

1. No efectuar Retención de Industria y Comercio por los pagos provenientes del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud Art. 111 Ley 788/2002. Art. 94 Literal d) E.T.M. Tuluá. Acuerdo No. 16 diciembre 28/2016.
2. Efectuar Retención en la fuente a título de Renta del 2% según inciso 5°.del Art. 392 del E.T.

ELABORÓ	LIQUDACIÓN Y CARTERA	FIRMA Y HUELLA PACIENTE	AUDITOR

CLINICA SAN FRANCISCO S.A

Nit:800191916 - Dirección: CL 26 # 34-60 - Teléfono: (572)235-9781 - Código IPS: 768340575101

Cliente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Fecha:** **4/04/2023 8:20:35 a. m.**

Nit : 899999034-1

Categoria: C008 - CONSULTA EXTERNA **Estado :** FACTURADA

Datos Cliente

Dirección: CALLE 52 No 2BIS 15 **Teléfono:** 4315886

G. Atención: 076 - SENA 2022 **Código EPS:** PEC001

EAPB: 087 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Contrato: OTROSI 1 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Datos Paciente

Paciente:	CRISTINA LOZANO SARRIA	**Tipo Paciente:**		**Ingreso:**	**78989**
Cédula:	**66801799**	**Fecha Ingreso:**	4/04/2023 8:19:01 a. m.	**Nivel:**	09 - REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
Dirección:	CARRERA 4 N.19-72 B/RICAUTE	**Fecha Egreso:**	4/04/2023 8:29:01 a. m.	**Edad:**	52 años 4 meses 8 días
Teléfono:	3162466077 - 3214556704	**Usuario:**	1217 NATALIA ROMERO		

Código	Fecha	Nombre	Autoriz.	Cant.	VR. Unit.	VR. Pac.	VR. Ent.
Grupo: 16 - CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS							
890240	04/04/2023	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	1129	1	**$ 90.000**	$ 0	$ 90.000
					Total Grupo:		**$ 90.000**

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 90.000
VALOR DESCUENTO ENTIDAD	$ 0
VALOR CUOTA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	$ 0
VALOR DESCUENTO PACIENTE	$ 0
VALOR CXC PACIENTE	$ 0
VALOR TOTAL FACTURA	**$ 90.000**

TOTAL: NOVENTA MIL PESOS M/Cte.

ELABORÓ **LIQUDACIÓN Y CARTERA** **AUDITOR**

AGENTE RETENEDOR IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS AL REG COMUN / RESOLUCIÓN 18764029510210 DEL 31/05/2022 HABILI-AUTORIZA FHC 1 AL FHC 400000 - FACTURACION POR COMPUTADOR - EFECTUAR RETENCION DEL 2% SERVICIOS DE SA

Usuario Impresión: 1086 - ANDRES BENITEZ

CLINICA SAN FRANCISCO S.A

NIT: 800191916-1

SOPORTE DE CUENTAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres: CRISTINA
Apellidos: LOZANO SARRIA
Dirección: CARRERA 4 N.19-72 B/RICAUTE - TULUA - TULUA - VALLE
Teléfono: 3162466077 - 3214556704
Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Est. Civil: SOLTERA
Profesión: No aplica registrar

Tipo Documento: CC **Numero:** **66801799**
Edad: 52 Años 05 Meses 01 Dias
Sexo: FEMENINO
Grupo: A **RH:** Positivo
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Grupo Étnico: NO SABE NO INFORMA NO APLICA

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: **78989**
Fecha: 4/04/2023 8:19:01 a. m.

Num. Autorización: 1129
Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto

Tabla de Contenido

Nombre del Reporte	Pagina
Epicrisis	3
Admisiones - Ingreso	6
Hoja de Procedimientos de Enfermeria	7
Sesión de Hemodialisis	8
Consumo de Oxigeno	9
Glucometrias	10
Historia de Ingreso	11

CLINICA SAN FRANCISCO S.A

NIT: 800191916-1

REPORTE DE EPICRISIS

DATOS BASICOS

Fecha Ingreso: 4/04/2023 8:19:01 a. m.
Servicio Ingreso: CONSULTA EXTERNA CONSULTAS
Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto
Apellidos: LOZANO SARRIA
Nombres: CRISTINA
Dirección: CARRERA 4 N.19-72 B/RICAUTE - TULUA - TULUA - VALLE
Telefono: 3162466077 - 3214556704
Entidad Responsable: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Profesión: No aplica registrar
Fecha Nacimiento: 26/11/1970 12:00:00 a. m.

Fecha Egreso: 4/04/2023 9:02:17 a. m.
Servicio Egreso: CONSULTA EXTERNA CONSULTAS
Tipo Documento: CC **Numero:** 66801799
Edad: 52 Años 04 Meses 08 Dias (26/11/1970)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Estado Civil: SOLTERA
Grupo Etnico: NO SABE NO INFORMA NO APLICA
Seguridad Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Codigo CIE10 I872

Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)

CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION

4/04/2023 9:02:37 a. m. PACIENTE CON CUADRO D EVARIOS AÑOS DE DILATACIONES VENOSAS RETIOCULARES D EFORMA BILATERAL, PESADES, CALAMBRES, DOLOR A LA BIPEDESTACION PROLONGADA, TOMA ATORVASTATINA, NO UTILIZA LAS MEDIAS DE ELASTOCOMPRESION DE FORMA REGULAR, NO DOPPLER.
AL EXAMEN FISICO DEAMBULANDO, DILATACIONES VENOSAS RETICULARES DE FORMA BILATERAL, PULSOS BIEN BILATERAL, SIN SIGNOS DE ISQUEMIA AGUDA.
1. DRENAJE POSTURAL.
2. CONTINUAR CON LAS MEDIAS DE ELASTOCOMPRESION.
3. DIOSMINA + HESPERIDINA TABLETAS DE 450/50MG CADA 12 HORAS POR 90 DIAS VIA ORAL.
4. SE SOLICITA ECO DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES BILATERAL.
5. CITA DE CONTROL POR CIRUGIA VASCULAR AL TENER ESTUDIO.

Certificado de defunción: **Causa de muerte:**
Profesional: VÍCTOR HUGO VIDAL GIRALDO CIRUGIA VASCULAR

DATOS DE INGRESO

ANAMNESIS

Motivo de Consulta:
Enfermedad Actual:

ANTECEDENTES GENERALES

Médicos: -- No Refiere --
Quirúrgicos: -- No Refiere --
Transfusionales: -- No Refiere --
Inmunológicos: -- No Refiere --
Alérgicos: -- No Refiere --
Traumáticos: -- No Refiere --
Psicológicos: -- No Refiere --
Farmacológicos: -- No Refiere --
Familiares: -- No Refiere --

Profesional: VÍCTOR HUGO VIDAL GIRALDO
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR
Tarjeta Prof. # CMC201817272

Tóxicos: -- No Refiere --
Hábitos de vida: -- No Refiere --
Escolares: -- No Refiere --
Laborales: -- No Refiere --
Nutricionales: -- No Refiere --
Odontológicos: -- No Refiere --
Socioeconómicos: -- No Refiere --
Otros: -- No Refiere --

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Menarquia (Años): -- No Refiere --
Ciclos (días) Cada: -- No Refiere --
Duración Menstruación (días): -- No Refiere --
Ciclo Regular: -- No Refiere --
Edad Inicio de Vida Sexual (Años): -- No Refiere --
Número de Gestaciones: -- No Refiere --
Número de Cesarias -- No Refiere --
Número de Abortos: -- No Refiere --
Número de Hijos Vivos: -- No Refiere --
Número de Embarazos Etopicos: -- No Refiere --
Número de Partos: -- No Refiere --
Número de Mortinatos: -- No Refiere --
Fecha de Última Menstruación: -- No Refiere --
Fecha de Última Citología: -- No Refiere --
Fecha de Último Parto: -- No Refiere --
Descripción Planificación: -- No Refiere --

REVISION POR SISTEMAS

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

TA: **TAM:** mmHg **FC:** **FR:** **T:** **SO2:** **PESO:** 0,000 KG **TALLA:** 0,0 CM
IMC: ,00 Kg/m² **SCT:**

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza: ☐N ☐AN
Ojos: ☐N ☐AN
ORL: ☐N ☐AN
Cuello: ☐N ☐AN
Torax: ☐N ☐AN
Abdomen: ☐N ☐AN
Genitourinario: ☐N ☐AN
Extremidades: ☐N ☐AN
Neurologica: ☐N ☐AN
Piel: ☐N ☐AN

Observaciones:

ANALISIS

4/04/2023 9:02:37 a. m.

PACIENTE CON CUADRO D EVARIOS AÑOS DE DILATACIONES VENOSAS RETIOCULARES D EFORMA BILATERAL, PESADES, CALAMBRES, DOLOR A LA BIPEDESTACION PROLONGADA, TOMA ATORVASTATINA, NO UTILIZA LAS MEDIAS DE ELASTOCOMPRESION DE FORMA REGULAR, NO DOPPLER.
AL EXAMEN FISICO DEAMBULANDO, DILATACIONES VENOSAS RETICULARES DE FORMA BILATERAL, PULSOS BIEN BILATERAL, SIN SIGNOS DE ISQUEMIA AGUDA.
1. DRENAJE POSTURAL.
2. CONTINUAR CON LAS MEDIAS DE ELASTOCOMPRESION.
3. DIOSMINA + HESPERIDINA TABLETAS DE 450/50MG CADA 12 HORAS POR 90 DIAS VIA ORAL.
4. SE SOLICITA ECO DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES BILATERAL.
5. CITA DE CONTROL POR CIRUGIA VASCULAR AL TENER ESTUDIO.

Profesional: VÍCTOR HUGO VIDAL GIRALDO
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR
Tarjeta Prof. # CMC201817272

Profesional: VÍCTOR HUGO VIDAL GIRALDO CIRUGIA VASCULAR

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE EGRESO

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Confirmación	Principal
I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)		Confirmado	☑

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INGRESO Y OTROS

CIE10	Diagnostico	Tipo	Observaciones	Confirmación

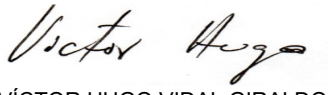
ORDENES MEDICAS

Servicios Sin Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
4/04/2023 9:02:37 a. m.	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES.	2	☑



Representante Legal: Hugo Fernando Fernández Llanos
Numero de Cedula: 94388589



Profesional: VÍCTOR HUGO VIDAL GIRALDO
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR
Tar. Profesional # CMC201817272

CLINICA SAN FRANCISCO S.A

NIT: 800191916-1

REPORTE DE INGRESO

Ingreso: **78989** **# Control:**

DATOS DEL PACIENTE

Nombres: CRISTINA LOZANO SARRIA
Tipo Documento: CC **Numero:** **66801799**
Dirección: CARRERA 4 N.19-72 B/RICAUTE
Teléfono: 3162466077 - 3214556704
Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Edad: 52 Años 04 Meses 08 Dias (26/11/1970)
Sexo: FEMENINO
Nivel: REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION

DATOS DE INGRESO

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
 # Autorización: 1129
Plan Beneficio:
Usuario Interfaz:
Contrato:
Liquidación: No Aplica
Tipo de Riesgo: Ninguna
Ingresa por: Consulta Externa
Causa Ingreso: Enfermedad general adulto
Tipo de Ingreso: Ambulatorio
Fecha Ingreso: 4/04/2023 8:19:01 a. m.

UBICACION

Unidad Funcional: CONSULTA EXTERNA CONSULTAS
Centro de Atención: CLINICA SAN FRANCISCO SA
Observaciones: CX VASCULAR

HOSPITALIZACION

Fecha Hospitalización:
Cama:

INICIO DE SESIÓN

Fecha de inicio:
Nro. fístula:
No. silla:
Filtro:
Peso seco:
UltraFiltración:
Heparina:
Peso prediálisis:
Acceso vascular:
Glucometría:
Profesional:
Nota Inicial:
Especialidad:
Subjetivo:
Objetivo:
Actividades:
Tarjeta Profesional #

SIGNOS VITALES

Fecha	TIPO	TA	FC	FR	T	SO2	PA	PV	PTM	FB	Conductividad	Profesional	Firma

FIN DE SESIÓN

Fecha finalización:
Tiempo sesión:
Horas
Min.
Peso post:
Volumen sangre tratada:
Nota final:
Profesional:
Subjetivo:
Objetivo:
Actividades:
Especialidad:
Tarjeta Profesional #

INDIGO TECHNOLOGIES

800000100-0

GLUCOMETRIAS

INFORMACIÓN PACIENTE

Ingreso:

Apellidos:	**Nombres:**	**Tipo Documento:**
Edad:	**Sexo:**	**Número:**
Entidad Responsable:	**Dirección:**	**Teléfono:**
Tipo Paciente:	**Seguridad Social:**	**Tipo Afiliado:**

OBJETIVO - EXÁMEN FISICO

GLUCOMETRIA	FECHA REGISTRO	PROFESIONAL	GLUCOMETRIA	FECHA REGISTRO	PROFESIONAL

Total Glucometrias: Total Gluco

CLINICA SAN FRANCISCO S.A

800191916-1

REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: 78989 **Fecha Historia:** 4/04/2023 9:02:37 a. m. **# Autorización:** 1129
Fecha Ingreso: 4/04/2023 8:19:01 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general adulto
Identificación: 66801799 **Nombres:** CRISTINA **Apellidos:** LOZANO SARRIA
Número de Folio: 2 **Ubicación:** CLINICA SAN FRANCISCO SA - CONSULTA EXTERNA CONSULTAS

ANAMNESIS

Motivo de Consulta:

Enfermedad Actual:

ANTECEDENTES

Médicos: -- No Refiere --
Quirúrgicos: -- No Refiere --
Transfusionales: -- No Refiere --
Inmunológicos: -- No Refiere --
Alérgicos: -- No Refiere --
Traumáticos: -- No Refiere --
Psicológicos: -- No Refiere --
Farmacológicos: -- No Refiere --
Familiares: -- No Refiere --
Tóxicos: -- No Refiere --
Hábitos de vida: -- No Refiere --
Escolares: -- No Refiere --
Laborales: -- No Refiere --
Nutricionales: -- No Refiere --
Odontológicos: -- No Refiere --
Socioeconómicos: -- No Refiere --
Otros: -- No Refiere --

REVISION POR SISTEMAS

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

TA: **TAM:** mmHg **FC:** **FR:** **T:** **SO2:** **Talla:** CM
IMC: Kg/m² **Peso actual:** KG
PA: CM **PC:** CM **PT:** CM **PB:** **Dolor:** **SCT:**

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza: ☑ N ☐ AN
Ojos: ☑ N ☐ AN
ORL: ☑ N ☐ AN
Cuello: ☑ N ☐ AN
Tórax: ☑ N ☐ AN
Abdomen: ☑ N ☐ AN
Genitourinario: ☑ N ☐ AN
Extremidades: ☑ N ☐ AN
Neurológica: ☑ N ☐ AN
Piel: ☑ N ☐ AN

Observaciones:

Profesional: VÍCTOR HUGO VIDAL GIRALDO
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR
Tarjeta Prof. # CMC201817272
Identificación: 66801799
Nombre: CRISTINA
Apellido: LOZANO SARRIA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)		☑

ANÁLISIS

PACIENTE CON CUADRO D EVARIOS AÑOS DE DILATACIONES VENOSAS RETIOCULARES D EFORMA BILATERAL, PESADES, CALAMBRES, DOLOR A LA BIPEDESTACION PROLONGADA, TOMA ATORVASTATINA, NO UTILIZA LAS MEDIAS DE ELASTOCOMPRESION DE FORMA REGULAR, NO DOPPLER.
AL EXAMEN FISICO DEAMBULANDO, DILATACIONES VENOSAS RETICULARES DE FORMA BILATERAL, PULSOS BIEN BILATERAL, SIN SIGNOS DE ISQUEMIA AGUDA.
1. DRENAJE POSTURAL.
2. CONTINUAR CON LAS MEDIAS DE ELASTOCOMPRESION.
3. DIOSMINA + HESPERIDINA TABLETAS DE 450/50MG CADA 12 HORAS POR 90 DIAS VIA ORAL.
4. SE SOLICITA ECO DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES BILATERAL.
5. CITA DE CONTROL POR CIRUGIA VASCULAR AL TENER ESTUDIO.

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : **Si** ☐ **No** ☐

IMAGENES DX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Lateralidad	Fecha sugerida toma	Cantidad
882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES.	Ambos	4/04/2023 9:00:00 a. m.	1
	Observaciones: SE SOLICITA ECO DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES BILATERAL.			

SERVICIOS DE CONTROL:

Código Servicio	Servicio
890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR.

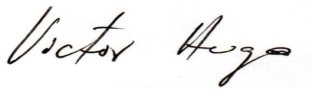
CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 3 Mes(es) con la Especialidad de CIRUGIA VASCULAR

DESTINO

SALIDA

CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - OTROS



Profesional: VÍCTOR HUGO VIDAL GIRALDO
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR
Tarjeta Prof. # CMC201817272

Impreso: 2023-03-02

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1129

Adscrito:	820781 - CLINICA SAN FRANCISCO S.A
Dirección:	Calle 26 # 34 - 60 Tulua
Teléfono(s):	2359497-6023989670 - Whatsapp 3134982646
Especialidad:	Clinicas - CONSULTA ESPECIALIZADA

HC: 66801799

Favor atender por nuestra cuenta a LOZANO SARRIA CRISTINA identificado con el carne 6114396-G Conyuge de GUZMAN SALAZAR MANUEL GERMAN Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Externa Especializada	1	90000	90000

OBSERVACIONES

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR COD/890240

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

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



Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 66801799

creada por: fbvalencia


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 66.801.799
LOZANO SARRIA
APELLIDOS
CRISTINA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1970
ANDALUCIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
25-OCT-1989 ANDALUCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-3110600-00046321-F-0066801799-20080813 0002043147A 1 3010010243

Clínica San Francisco S.A.	Constancia de atención	**Código:** F-GM-EU-020 **Versión:** 02 **Fecha:** 06/02/2023

Fecha de egreso: Abril 4 / 2023 **Asegurador:** SENA

Nombre del paciente: Cristina Lozano Sanso

Documento de identidad: 66801799 **Teléfono:** 321 4 JJ 6204

Correo electrónico: Cristinalozanosanva@gmail.com **Dirección:** Cra 4 # 19-22

Nombre del acudiente: Germán Buraci

Firma de paciente y/o acudiente