CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400217
**Fecha de Expedición:** 31/08/2023 7:56:46 AM
**Fecha de Vencimiento:** 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:13:24 AM

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

**PACIENTE:** VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA
**EDAD:** 72 ANIOS
**TIPO DE USUARIO:** BENEFICIARIO
**MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** 12
**COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** 01
**DIRECCIÓN:** CRA 40 12A 67

**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** CEDULA DE CIUDADANIA
**IDENTIFICACIÓN:** 30707123
**NIVEL:** NO APLICA
**MIPRES:** NA
**ID ENTREGA MIPRES:** NA
**PROCEDENCIA:** PASTO

**FECHA FACTURA:** 31/08/2023 7:13:24 AM
**AUTORIZACIÓN:** 1266
**DIAGNÓSTICO:**

**FECHA INICIO FACTURACIÓN:** 2023-08-01
**FECHA FINAL FACTURACIÓN:** 2023-08-01
**PROFESIONAL:** CLINICA PAREDES

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 951501 | BX | TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE | 2 | 85,000.00 | 0.00 | 0.00 | 170,000.00 |
| 950505 | BX | ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO | 2 | 118,000.00 | 0.00 | 0.00 | 236,000.00 |
| 951902 | BX | TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR | 2 | 130,000.00 | 0.00 | 0.00 | 260,000.00 |
| 950610 | BX | RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES | 2 | 123,410.00 | 0.00 | 0.00 | 246,820.00 |
| 951503 | BX | ABERROMETRIA OCULAR | 2 | 80,000.00 | 0.00 | 0.00 | 160,000.00 |
| 951302 | BX | ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B | 2 | 120,000.00 | 0.00 | 0.00 | 240,000.00 |

**TOTAL ÍTEMS:** 6
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 1,312,820.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 1,312,820.00 |

**SON:** Un Millon Trescientos Doce mil Ochocientos veinte pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

c30fa0309268e424a3ef5dc288c23fa96388bd70654fab71362aa4403f2799454758906fbf31621441f0d01569657a73

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

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 So Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400217
Fecha de Expedición: 31/08/2023 7:56:46 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:13:24 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 72 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30707123 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 40 12A 67 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:13:24 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-01 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1266 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-01 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | CLINICA PAREDES |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 951501 | BX | TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE | 2 | 85,000.00 | 0.00 | 0.00 | 170,000.00 |
| 950505 | BX | ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO | 2 | 118,000.00 | 0.00 | 0.00 | 236,000.00 |
| 951902 | BX | TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR | 2 | 130,000.00 | 0.00 | 0.00 | 260,000.00 |
| 950610 | BX | RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES | 2 | 123,410.00 | 0.00 | 0.00 | 246,820.00 |
| 951503 | BX | ABERROMETRIA OCULAR | 2 | 80,000.00 | 0.00 | 0.00 | 160,000.00 |
| 951302 | BX | ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B | 2 | 120,000.00 | 0.00 | 0.00 | 240,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 6
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 1,312,820.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 1,312,820.00 |

**SON:** Un Millon Trescientos Doce mil Ochocientos veinte pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

c30fa0309268e424a3ef5dc288c23fa96388bd70654fab71362aa4403f2799454758906fbf31621441f0d01569657a73

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | ERVICIO MEDICO ASISTENCIA<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1266<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>13/07/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | OFTALMOLOGIA | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA: PAREDES | AYUDAS DX | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO CLINICA

| A: DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA | CARNE No. 12098010-A |
|---|---|
| FAMILIAR DE. FRANCISCO PEÑA | CONYUGUE X ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

BIOMETRIA OCULAR SOS BILATERAL
TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA BILATERAL
RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES EN AMBOS OJOS
ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRASDUCTOR DE 7MHZ O MAS BILATERAL
TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR BILATERAL, **ABERROMETRIA**

OBSERVACIONES: PACIENTE CON CATARATA BILATERAL, EN ESTUDIO POR OFTALMOLOGIA
SS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Lorena J. Montero
Médica Gen...
R.M. 1094...

COORDINADOR

RECIBI LUIS F. PEÑA P

C.C.No. 12098010

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

FECHA: 6 15 6

PISO: 10°

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.707.123
VELASCO De PEÑA

APELLIDOS
DORIS EUGENIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1950
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-OCT-1975 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2300100-00065982-F-0030707123-20080905 0003034805A 1 6790002887

NARIÑO

12098010-A



**DORIS EUGENIA**
**VELASCO DE PEÑA**
**C.C. 30.707.123**
**RH O+**
**Fecha de nacimiento** 30 DIC 1950

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

**FRANCISCO PEÑA PINO**
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**

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400221
Fecha de Expedición: 31/08/2023 7:58:04 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:18:12 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | PACHAJOA PACHAJOA BLANCA LIGIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 61 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30727052 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CALLE 18A 62 80 BARRIO TORO BAJO | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:18:12 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1410 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | TATIANA PALACIO GOMEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 121102 | BX | IRIDOTOMIA ASISTIDA (Bilateral) | 1 | 1,693,800.0 | 0.00 | 0.00 | 1,693,800.00 |
| | | FORMA: Bilateral, VIA: Diferente | | | | | |
| | | ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRA | | | | | 426,300.00 |
| | | AYUDANTE | | | | | 112,200.00 |
| | | DERECHOS DE SALA | | | | | 685,400.00 |
| | | MATERIALES | | | | | 469,900.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 1,693,800.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 1,693,800.00 |

**SON:** Un Millon Seiscientos Noventa Y tres mil Ochocientos pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

da2a0c01b1eec61331e1ad6f4e2de8c060012aebe435967c0ab46d05a07f2ec0ad90fba218a9961d2533a98577d880e6

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400221
**Fecha de Expedición:** 31/08/2023 7:58:04 AM
**Fecha de Vencimiento:** 30/09/2023
**Fecha de Generación:** 31/08/2023 7:18:12 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | PACHAJOA PACHAJOA BLANCA LIGIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 61 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30727052 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CALLE 18A 62 80 BARRIO TORO BAJO | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:18:12 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1410 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | TATIANA PALACIO GOMEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 121102 | BX | IRIDOTOMIA ASISTIDA (Bilateral) | 1 | 1,693,800.0 | 0.00 | 0.00 | 1,693,800.00 |
| | | FORMA: Bilateral, VIA: Diferente | | | | | |
| | | ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRA | | | | | 426,300.00 |
| | | AYUDANTE | | | | | 112,200.00 |
| | | DERECHOS DE SALA | | | | | 685,400.00 |
| | | MATERIALES | | | | | 469,900.00 |

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 1,693,800.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 1,693,800.00 |

**SON:** Un Millon Seiscientos Noventa Y tres mil Ochocientos pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

da2a0c01b1eec61331e1ad6f4e2de8c060012aebe435967c0ab46d05a07f2ec0ad90fba218a9961d2533a98577d880e6

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

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1410<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>26/07/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | PROCEDIMIENTO | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA PAREDES | OFTALMOLOGIA | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

| A: BLANCA LIGIA PACHAJOA PACHAJOA | CARNE No. 5245913-G |
|---|---|
| FAMILIAR DE LUIS PRUDENCIO LOPEZ | CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS:

IRIDOTOMIA ASISTIDA BILATERAL

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD, CON SOSPECHA DE GLAUCOMA, OFTALMOLOGIA
DRA TATIANA PALACIO SS PROCEDIMIENTO EN VALORACION DEL 21-07-2023

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Lorena Montero
Medico Gene...
R.M. 1094905...
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No.

Blanca Ligia Pachajoa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.727.052**
**PACHAJOA PACHAJOA**

APELLIDOS
**BLANCA LIGIA**

NOMBRES

FIRMA



NARIÑO

5245913-G



**BLANCA LIGIA**
**PACHAJOA PACHAJOA**
**C.C. 30.727.052**
**RH: O+**
**Fecha de nacimient** 07/JUN 1962

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1962
**PASTO**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.54 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**30-SEP-1982 PASTO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00706552-F-0030727052-20150520 0044162972A 1 6803401024

**LUIS PRUDENCIO LOPEZ G**
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 Lass**

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400224
Fecha de Expedición: 31/08/2023 7:58:42 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:20:25 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ORTIZ PORTILLO EUGENIA LUCIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 67 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27531761 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CALLE 6 NO. 1 - 71 CHAM`PAÑAT | **PROCEDENCIA:** | IPIALES |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:20:25 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-04 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1390 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-04 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | CLINICA PAREDES |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 952001 | BX | BIOMETRIA OCULAR | 2 | 94,430.00 | 0.00 | 0.00 | 188,860.00 |
| 951502 | BX | TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION | 2 | 85,000.00 | 0.00 | 0.00 | 170,000.00 |
| 950610 | BX | RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES | 2 | 123,410.00 | 0.00 | 0.00 | 246,820.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 3
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 605,680.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 605,680.00 |

**SON:** Seiscientos Cinco mil Seiscientos Ochenta pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

8b6bf531aeefd37a1b2dc06f568b481315dac16f73009f054772ca86b1d37f03d3f9c630460543c7145562e1fa911b85

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 So Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400224
Fecha de Expedición: 31/08/2023 7:58:42 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:20:25 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ORTIZ PORTILLO EUGENIA LUCIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 67 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27531761 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CALLE 6 NO. 1 - 71 CHAM'PAÑAT | **PROCEDENCIA:** | IPIALES |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:20:25 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-04 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1390 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-04 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | CLINICA PAREDES |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 952001 | BX | BIOMETRIA OCULAR | 2 | 94,430.00 | 0.00 | 0.00 | 188,860.00 |
| 951502 | BX | TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION | 2 | 85,000.00 | 0.00 | 0.00 | 170,000.00 |
| 950610 | BX | RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES | 2 | 123,410.00 | 0.00 | 0.00 | 246,820.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 3
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 605,680.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 605,680.00 |

**SON:** Seiscientos Cinco mil Seiscientos Ochenta pesos m/cte

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

8b6bf531aeefd37a1b2dc06f568b481315dac16f73009f054772ca86b1d37f03d3f9c630460543c7145562e1fa911b85

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1390<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>24/07/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | ESPECIALISTA EN RETINA<br>AYUDAS DIAGNOSTICAS | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA PAREDES | | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

| A: EUGENIA LUCIA ORTIZ DE URBANO | CARNE No. 5201412-B |
|---|---|
| FAMILIAR DE: JOSE LUCIANO URBANO | CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ |

ORDENA

**TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE BILATERAL**
**BIOMETRIA OCULAR BILATERAL**
**RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES BILATERAL**

OBSERVACIONES:PACIENTE EN ESTUDIO DE RETINOPATIA DIABETICA,ESPECIALISTA SOLICITA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE FORMA **PRIORITARIA.**

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL<br>DIA \| MES \| AÑO \| HORA | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| | | | |

Lorena J. Montero
Médica Gene...
R.M. 1094905[illegible]
U del Quindío
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Eugenia Lucia Ortiz

C.C.No. 27531761

Angela Urbano

Powered by CamScanner

NARIÑO

5201412-B



**EUGENIA LUCIA**
**ORTIZ PORTILLO**
**C.C 27.531.761**
**RH A+**
**Fecha de nacimiento** 17 JUN 1956

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.531.761
ORTIZ PORTILLO
APELLIDOS
EUGENIA LUCIA
NOMBRES

Eugenia Lucia Ortiz P

FIRMA



**JOSE LUCIANO URBANO C.**
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**



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1956
**CONSACA**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO

**10-MAY-1977 TUQUERRES**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2306700-00435010-F-0027531761-20130510 0032966826A 2 40005742

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400228
**Fecha de Expedición:** 31/08/2023 7:59:21 AM
**Fecha de Vencimiento:** 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:25:55 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | HERNANDEZ CHINCHAJOA MARIA MERCEDES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 56 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30737315 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CL 24 41-50 BARRIO ARANDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:25:55 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1379 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | CLINICA PAREDES |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 951901 | BX | TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR | 2 | 130,000.00 | 0.00 | 0.00 | 260,000.00 |
| 951503 | BX | ABERROMETRIA OCULAR | 2 | 80,000.00 | 0.00 | 0.00 | 160.000.00 |
| 951501 | BX | TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE | 2 | 85,000.00 | 0.00 | 0.00 | 170,000.00 |
| 952501 | BX | PAQUIMETRIA | 2 | 94,430.00 | 0.00 | 0.00 | 188,860.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 4
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 778,860.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 778,860.00 |

**SON:** Setecientos Setenta y ocho mil Ochocientos Sesenta pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

c925514d7e2739eb7e1773cb526dea3bac4204102cfeef70a97ba16d7796630269b46b9f56666194b7ccab0094e72a20

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400228
Fecha de Expedición: 31/08/2023 7:59:21 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:25:55 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | HERNANDEZ CHINCHAJOA MARIA MERCEDES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 56 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30737315 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CL 24 41-50 BARRIO ARANDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:25:55 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1379 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | CLINICA PAREDES |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 951901 | BX | TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR | 2 | 130,000.00 | 0.00 | 0.00 | 260,000.00 |
| 951503 | BX | ABERROMETRIA OCULAR | 2 | 80,000.00 | 0.00 | 0.00 | 160,000.00 |
| 951501 | BX | TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE | 2 | 85,000.00 | 0.00 | 0.00 | 170,000.00 |
| 952501 | BX | PAQUIMETRIA | 2 | 94,430.00 | 0.00 | 0.00 | 188,860.00 |

**TOTAL ÍTEMS:** 4
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 778,860.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 778,860.00 |

**SON:** Setecientos Setenta y ocho mil Ochocientos Sesenta pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

c925514d7e2739eb7e1773cb526dea3bac4204102cfeef70a97ba16d7796630269b46b9f56666194b7ccab0094e72a20

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S NIT 860 028 580-2 Software fact-el

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1379<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>17/07/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | OFTALMOLOGIA | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA PAREDES | AYUDAS DIAGNOSTICAS | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

| A: MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA | CARNE No. 12.987.363A |
|---|---|
| FAMILIAR DE GILERTO LEON | CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

PAQUIMETRIA SOD BILATERAL
TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD BILATERAL
ABERROMETRIA BILATERAL
TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR BILATERAL

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, EN ESTUDIO DE QUERATITIS, SS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

IDX H169

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Lorena F. Montero
MEDICO ASESORA
R.M. 1094905873
11 de Quindio

RECIBI Mercedes Hernandez ch.
C.C.No. 30.737.315 pasto.

COORDINADOR
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES
FECHA: 6:45
HORA: 10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

30.737.315
HERNANDEZ CHINCHAJOA

MARIA MERCEDES



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1966
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
30-OCT-1985 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

NARIÑO

12987363-A

**MARÍA MERCEDES**
**HERNANDEZ CH.**
**C.C 30.737.315**
**RH B+**



**Fecha de nacimiento** 01/10/1966

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 So Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400230
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:00:01 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:28:04 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | HERNANDEZ CHINCHAJOA MARIA MERCEDES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 56 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30737315 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CL 24 41-50 BARRIO ARANDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:28:04 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1378 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

e2eafebc9ea2b8e232e92dad31005c9f7b6044b0c72744d45adb5a2315631a4de58b0d0e776ed3bb6b27893dc4e0f49e

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400230
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:00:01 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:28:04 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | HERNANDEZ CHINCHAJOA MARIA MERCEDES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 56 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30737315 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CL 24 41-50 BARRIO ARANDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:28:04 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1378 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**SUBTOTAL GENERAL:** 37,000.00
**TOTAL DESCUENTO:** 0.00
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00 **TOTAL:** 37,000.00

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

e2eafebc9ea2b8e232e92dad31005c9f7b6044b0c72744d45adb5a2315631a4de58b0d0e776ed3bb6b27893dc4e0f49e

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIA<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1378<br>LOPE |
|---|---|---|
| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>17/07/2023 |

| TIPO DE SERVICIO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | TTO. AMBULATORIO ☐ | CIRUGIAS | X | 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

| A: MARIA MERCEDES HERNANDEZ CHINCHAJOA | CARNE No. 12.987.363A |
|---|---|
| FAMILIAR DE GILERTO LEON | CONYUGUE HIJO PADRE HNO<br>X ☐ ☐ ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, EN ESTUDIO DE QUERATITIS, SS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
Y CITA A CONTROL CON RESULTADOS
IDX H169

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL<br>DIA MES AÑO HORA | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| | | | |

Lorena J. Montero
MEDICO AUDITORA Gene...
R.M. 109490...
U. del Quindío

COORDIN.

RECIBI María Mercedes Hernández ch.
C.C.No. 30.737.315 pasto.

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES
FECHA: 6:44
PISO: 10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.737.315
HERNANDEZ CHINCHAJOA

NOMBRES
MARIA MERCEDES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1966
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

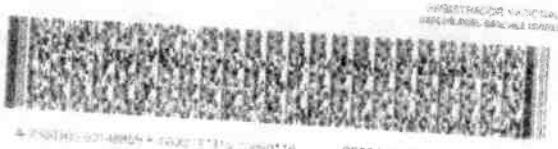
B+
G.S. RH

F
SEXO

30-OCT-1985 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



NARIÑO

12987363-A

MARÌA MERCEDES
HERNANDEZ CH.
C.C 30.737.315
RH B+



**Fecha de nacimiento** 01/10/1966

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400233
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:00:39 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:30:19 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | HERRERA DE NAVIA MARIA MERCEDES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 83 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27074285 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CR 31C N 20 19 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:30:19 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1227 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H400 - SOSPECHA DE GLAUCOMA | **PROFESIONAL:** | TATIANA PALACIO GOMEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

731ff2cc0369212228a211722a2af568fcfa1eb3fba6aa1c2bcac8d228e0e0f5398db073ad2c59064b5d9c77439ac153

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 So Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400233
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:00:39 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:30:19 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | HERRERA DE NAVIA MARIA MERCEDES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 83 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27074285 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CR 31C N 20 19 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:30:19 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1227 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-08 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H400 - SOSPECHA DE GLAUCOMA | **PROFESIONAL:** | TATIANA PALACIO GOMEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte. PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

731ff2cc0369212228a211722a2af568fcfa1eb3fba6aa1c2bcac8d228e0e0f5398db073ad2c59064b5d9c77439ac153

8 Agosto 3 p.m.
piso 10 Torre Praga
Dra Tatiana Palacios

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1227<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>10/07/2023 |
|---|---|---|

| 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 | 7419272 Ext 11 |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

| A:MARIA MERCEDES HERRERA DE NAVIA | CARNE No. 12996829-E |
|---|---|
| FAMILIAR DE. RICARDO NAVIA HERRERA | CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBERVACIONES: PACIENTE DE 82 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICO DE PRESBICIA Y ASTIGMATISMO
PREVIA VALORACION POR OPTOMETRIA, SS INTERVENCION POR SU ESPECIALIDAD

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Lorena J. Montero
Médica General
RM 1094905075
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI María Mercedes Herrera

C.C.No. 27074285

CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES
FECHA: 13:00.
PISO: 10 p.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1940
IPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-JUN-1987 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2300100-53158461-F-0027074285-20070713 0040807194N 02 233338302

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.074.285

HERRERA DE NAVIA
APELLIDOS

MARIA MERCEDES
NOMBRES

FIRMA



**RICARDO ALFREDO NAVIA**
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 Cerón Lasso**

NARIÑO 12996 829-E

**MARIA MERCEDES**
**HERRERA DE NAVIA**
**C.C 27.074.285**
**RH A+**
**Fecha de nacimiento** Jul 01 1940



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
DE CLASE MUNDIAL

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 So Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400235
**Fecha de Expedición:** 31/08/2023 8:01:48 AM
**Fecha de Vencimiento:** 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:32:33 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | GOMEZ ZAMUDIO LUISA EXIONILA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 78 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27075283 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CLL 22 N 14 82 AVENIDA COLOMBIA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:32:33 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-09 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1427 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-09 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H048 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO | **PROFESIONAL:** | MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00 **TOTAL:** 37,000.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

72158997f2286b0a0a7fb1d9297e36da281d930fff537cb493997b0cc840751a2e06a852f38f6d91aa37f69d0ac14c83

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 So Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400235
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:01:48 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:32:33 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | GOMEZ ZAMUDIO LUISA EXIONILA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 78 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27075283 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CLL 22 N 14 82 AVENIDA COLOMBIA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:32:33 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-09 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1427 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-09 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H048 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO | **PROFESIONAL:** | MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

72158997f2286b0a0a7fb1d9297e36da281d930fff537cb493997b0cc840751a2e06a852f38f6d91aa37f69d0ac14c83

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | ERVICIO MEDICO ASISTENCIA<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1427<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>25/07/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA PAREDES | OFTALMOLOGIA | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO CLINICA

| A: LUISA GOMEZ ZAMUDIO | CARNE No. 12999903A |
|---|---|
| FAMILIAR DE ORLANDO ORBES GOMEZ | CONYUGUE HIJO PADRE HNO<br>☐ ☐ X ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE CON CATARATA SENIL CON LIMITACION EN AGUDEZA VISUAL DE PREDOMINIO OJO IZQUIERDO, POR LO CUAL RENUEVO ORDEN DE SERVICIO.

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL<br>DIA MES AÑO HORA | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| | | | |

Lorena J. Monter...
MEDICA GESTORA
R.M. 109-59050...
U. del Quindio

COORDIN.

RECIBI

C.C.No. 27095283

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.075.283
GOMEZ ZAMUDIO
APELLIDOS
LUISA EXIONILA
NOMBRES

FIRMA



NARIÑO

12999903-A



**LUISA EXIONILA**
**GOMEZ ZAMUDIO**
**C.C. 27.075.283**
**RH A+**
**Fecha de nacimiento** 25 SEP 1944

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1944
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-SEP-1969 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00253436-F-0027075283-20100903 0023698244A 1 6820933189

**ORLANDO DAVID ORBES GOMEZ**
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**

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400237
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:02:49 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:34:35 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 72 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30707123 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 40 12A 67 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:34:35 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1265 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

8dc64d2295af4a363d6cba7c1be530d0729eb6f82169e96ae90f0bcd3dc1d840aa01c303757f858f04b3423b88d81e96

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400237
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:02:49 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:34:35 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 72 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30707123 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 40 12A 67 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:34:35 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1265 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

8dc64d2295af4a363d6cba7c1be530d0729eb6f82169e96ae90f0bcd3dc1d840aa01c303757f858f04b3423b88d81e96

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIA<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1265<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>13/07/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA PAREDES | OFTALMOLOGIA | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO CLINICA

| A: DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA | CARNE No. 12098010-A |
|---|---|
| FAMILIAR DE. FRANCISCO PEÑA | CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE PROGRAMADA PARA CIRUGIA, SOLICITA CONTROL CON RESULTADOS DE PARACLINICOS

***ANEXAR HISTORIA CLINICA****

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Médica General
R.M. 109-19050
U. del Quindío

COORDINADOR

RECIBI Doris de Peña

C.C.No. 30707123

CLINICA DE OFTALMOLOGIA PAREDES

FECHA: 5:40

PISO: 10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.707.123
VELASCO De PEÑA

APELLIDOS
DORIS EUGENIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1950
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-OCT-1975 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2300100-00065982-F-0030707123-20080905 0003034805-A 1 6790002887

NARIÑO 12098010-A

**DORIS EUGENIA**
**VELASCO DE PEÑA**
**C.C. 30.707.123**
**RH O+**
**Fecha de nacimiento** 30 DIC 1950



SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL

**FRANCISCO PEÑA PINO**
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**

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
**PAREDES**

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400238
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:03:33 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:35:58 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ORBES CAICEDO ANGELA SOFIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 22 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 1193385405 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 17 CASA 3 BARRIO LA FLORIDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:35:58 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1505 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H522 - ASTIGMATISMO | **PROFESIONAL:** | TATIANA PALACIO GOMEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software facturaelectronica

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

aa371d400463190fc83c1cd09827a7c68926ba0b69ac1bf094d0012b517ac4d96181151d12e730628bac05a4a2e77bf0

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400238
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:03:33 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:35:58 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ORBES CAICEDO ANGELA SOFIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 22 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 1193385405 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 17 CASA 3 BARRIO LA FLORIDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:35:58 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1505 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-15 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H522 - ASTIGMATISMO | **PROFESIONAL:** | TATIANA PALACIO GOMEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

aa371d400463190fc83c1cd09827a7c68926ba0b69ac1bf094d0012b517ac4d96181151d12e730628bac05a4a2e77bf0

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

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | ERVICIO MEDICO ASISTENCIA<br>ORDEN DE ATENCION | No. 7505.<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>09/08/2023 |
|---|---|---|

| TIPO DE SERVICIO | TTO. AMBULATORIO ☐<br>TTO. ODONTOLOGICO ☐<br>TTO. HOSPITALARIO ☐ | CIRUGIAS EMERGENCIA X | CONSULTA T.O ☐<br>PARA E.P. ☐<br>FAMILIAR DE P. ☐ |
|---|---|---|---|

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA: PAREDES | OFTALMOLOGIA | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO CLINICA

| A: ANGELA SOFIA ORBES CAICEDO | CARNE No. 12999903-C |
|---|---|
| FAMILIAR DE. ORLANDO ORBES | CONYUGUE HIJO PADRE HNO.<br>X ☐ ☐ ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA DE CONTROL ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERMETROMIA, MIOPIA Y ASTIGMATISMO, SS CONTROL CON RESULTADOS

***RENUEVO ORDEN ***

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| DIA MES AÑO HORA | | | |

Lorena Y. Montero
Médica General
R.M. 1094905...
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDIN

RECIBI X Angela Orbes

C.C.No. X 1193385405

PAREDES
9:46
10°

FECHA

PISO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.385.405
ORBES CAICEDO
APELLIDOS
ANGELA SOFIA
NOMBRES
Angela Orbes
FIRMA



NARIÑO

12999903-C

ANGELA SOFIA
ORBES CAICEDO
T.I. 1.193.385.405
RH O+
Fecha de nacimiento 26 DIC 2000

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-2000
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-DIC-2018 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2300100-01270810-F-1193385405-20211203 0077162725A 1 9917826785

**ORLANDO DAVID ORBES GOMEZ**
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 utilizaciòn indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

**Emilio Humberto Cerón Lasso**

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400240
**Fecha de Expedición:** 31/08/2023 8:04:53 AM
**Fecha de Vencimiento:** 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:37:10 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | JOJOA DE LOPEZ FRANCISCA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 67 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 31280601 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 13 CASA 8 URBANZACION LA FLORIDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:37:10 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1439 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H169 - QUERATITIS, NO ESPECIFICADA | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1 **SUBTOTAL GENERAL:** 37,000.00
**PLAZO:** 30 Días **TOTAL DESCUENTO:** 0.00
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00 **TOTAL:** 37,000.00

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

32addf1df5ffc3e13ffaf5f6761baf5918bd25966a3571fcb5f52238be4325afb6c14fbeaf04a3ace2fcc255f78978a6

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400240
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:04:53 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:37:10 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | JOJOA DE LOPEZ FRANCISCA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 67 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 31280601 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | MZ 13 CASA 8 URBANZACION LA FLORIDA | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:37:10 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1439 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H169 - QUERATITIS, NO ESPECIFICADA | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890376 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1 **SUBTOTAL GENERAL:** 37,000.00
**PLAZO:** 30 Días **TOTAL DESCUENTO:** 0.00
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00 **TOTAL:** 37,000.00

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

32addf1df5ffc3e13ffaf5f6761baf5918bd25966a3571fcb5f52238be4325afb6c14fbeaf04a3ace2fcc255f78978a6

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. LOPE 1439 |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>01/08/2023 |
|---|---|---|

| TIPO DE SERVICIO | TTO. AMBULATORIO<br>TTO. ODONTOLOGICO<br>TTO. HOSPITALARIO | CIRUGIAS<br>EMERGENCIA | CONSULTA T.O<br>PARA E.P.<br>FAMILIAR DE P. |
|---|---|---|---|

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA PAREDES | OFTALMOLOGIA | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO
CLINICA

| A: FRANCISCA JOJOA DE LOPEZ | CARNE No. 12960022-A |
|---|---|
| FAMILIAR DE. ALIRIO LOPEZ | CONYUGUE HIJO PADRE HNO.<br>X |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

| CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA |
|---|

OBSERVACIONES: PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR SU ESPECIALIDAD.
**RENUEVO ORDEN**

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL<br>DIA MES AÑO HORA | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| | | | |

Montero
Médica General
RM 10949050
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

FRANCISCA JOJOA DE LOPEZ
RECIBI 31280601
C.C.No.

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES
FECHA: 9:08.
PISO: 10°

Powered by CamScanner

NARIÑO

12960022-A



**FRANCISCA**
**JOJOA BOTINA**
**C.C. 31.280.601**
**RH B+**

**Fecha de nacimiento** 04-10-1955

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.280.601**
**JOJOA De LOPEZ**

APELLIDOS
**FRANCISCA**

NOMBRES



FIRMA

**SOCRATES ALIRIO LOPEZ PANTOJA**
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**



FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1955**
**PASTO**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.45** ESTATURA **B+** G.S. RH **F** SEXO

**29-OCT-1976 CALI**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00157832-F-0031280601-20090528 0011886713A 1 6810008165

Fernanda Buesaquillo
Medico General
RM. 1085289470
UCC

Dr(a). BUESAQUILLO SANTACRUZ DIANA FERNANDA

**REGISTRO NO.** **1085289470** Esp. MEDICINA GENERAL

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400242
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:05:34 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:38:28 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ORTIZ PORTILLO EUGENIA LUCIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 67 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27531761 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CALLE 6 NO. 1 - 71 CHAM'PAÑAT | **PROCEDENCIA:** | IPIALES |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:38:28 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1514 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | DAVID PAREDES SAA |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890302 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (RETINA - GLAUCOMA - CORNEA - PEDIATRIA) | 1 | 55,000.00 | 0.00 | 0.00 | 55,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1 **SUBTOTAL GENERAL:** 55,000.00
**PLAZO:** 30 Días **TOTAL DESCUENTO:** 0.00
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00 **TOTAL:** 55,000.00

**SON:** Cincuenta Y cinco mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

0ec0fc93e61a5faeb1d92fc77777ba86376195dda0a447feb53935e8048cf2e2427fc71ec42eb596344a98358681c5f6

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400242
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:05:34 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:38:28 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ORTIZ PORTILLO EUGENIA LUCIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 67 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27531761 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CALLE 6 NO. 1 - 71 CHAM`PAÑAT | **PROCEDENCIA:** | IPIALES |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:38:28 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1514 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-16 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | DAVID PAREDES SAA |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890302 | BX | CONSULTA DE CONTROL POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (RETINA - GLAUCOMA - CORNEA - PEDIATRIA) | 1 | 55,000.00 | 0.00 | 0.00 | 55,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 55,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 55,000.00 |

**SON:** Cincuenta Y cinco mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

0ec0fc93e61a5faeb1d92fc77777ba86376195dda0a447feb53935e8048cf2e2427fc71ec42eb596344a98358681c5f6

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1514<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>11/08/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | ESPECIALIDAD<br>ESPECIALISTA EN RETINA | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA PAREDES | | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

| A: EUGENIA LUCIA ORTIZ DE URBANO | CARNE No. 5201412-B |
|---|---|
| FAMILIAR DE: JOSE LUCIANO URBANO | CONYUGUE HIJO PADRE HNO<br>X ☐ ☐ ☐ |

ORDENA

**CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN RETINA**

OBSERVACIONES:PACIENTE EN ESTUDIO DE RETINOPATIA DIABETICA,OFTALMOLOGO SOLICITA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y CITA CON RESULTADOS CON ESPECIALISTA EN RETINA.

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Lorena J. Montero
Médica General
RM. 1954905073
U. del Quindío
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Eugenia Lucia Ortiz Portilla
C.C.No. 27531761

Powered by CamScanner

NARIÑO

5201412-B

**EUGENIA LUCIA**
**ORTIZ PORTILLO**
**C.C 27.531.761**
**RH A+**
**Fecha de nacimiento** 17 JUN 1956



SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.531.761
ORTIZ PORTILLO
APELLIDOS
EUGENIA LUCIA
NOMBRES

Eugenia Lucia Ortiz P

FIRMA



**JOSE LUCIANO URBANO C.**
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**



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1956
**CONSACA**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**10-MAY-1977 TUQUERRES**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2306700-00435010-F-0027531761-20130510 0032966826A 2 40005742

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400243
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:06:19 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:39:52 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ERAZO IBARRA RUTH OMAIRA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 78 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27074121 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | maria paz casa 6 maz d | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:39:52 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1425 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H251 - CATARATA SENIL NUCLEAR | **PROFESIONAL:** | MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

55df948c5e0aa77ed994ccab19c9454122a3cab4c6444b5f027398beee7b2be5359320ba9f5a92b3caade6da6102a8ad

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400243
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:06:19 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:39:52 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ERAZO IBARRA RUTH OMAIRA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 78 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27074121 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | maria paz casa 6 maz d | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:39:52 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1425 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-23 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H251 - CATARATA SENIL NUCLEAR | **PROFESIONAL:** | MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1 **SUBTOTAL GENERAL:** 37,000.00
**PLAZO:** 30 Días **TOTAL DESCUENTO:** 0.00
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00 **TOTAL:** 37,000.00

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

55df948c5e0aa77ed994ccab19c9454122a3cab4c6444b5f027398beee7b2be5359320ba9f5a92b3caade6da6102a8ad

clinica Paredes junto a la Hispano-america
oftalmologia
Miercoles 23 de agosto 9:30 am
Ed. Torres Praga

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1425<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>28/07/2023 |
|---|---|---|

| 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 ☐

| A: RUTH OMAIRA ERASO IBARRA | CARNE No. 3073390-B |
|---|---|
| FAMILIAR DE: MARIA CRISTINA TOBAR | CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD, CON OPACIDAD EN AO, POR LO CUAL SS INTERVENCION POR SU ESPECIALIDAD.

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Lorena J. Montero
Medica Gene...
R.M. 109...9050
U. del Quindio
MEDICO ASESOR

COORDINADOR

RECIBI Ruth Omaira Erso

C.C.No. 27074121

PAREDES
8153
FECHA
PISO: 9



30.733.390-B

**RUTH OMAIRA**

**ERAZO IBARRA**

C.C. 27.074.121 de Pasto

RH: O+

Fecha de Nacimiento 20/04/1945

SENA

REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 27.074.121

ERAZO IBARRA
APELLIDOS

RUTH OMAIRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1945
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-FEB-1969 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2300100-00963076-F-0027074121-20171221 0058854737A 1 9902577344

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400244
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:06:58 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:41:11 AM

**ENTIDAD:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | MAYA ARGOTE GRACIELA ROSARIO | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 51 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27143035 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 22 IS N 3 SUR 70 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:41:11 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-28 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1568 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-28 |
| **DIAGNÓSTICO:** | M350 - SINDROME SECO [SJÖGREN] | **PROFESIONAL:** | IGNACIO ARTEAGA |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Dias
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

6f9fff218edebce6c86d1c9550c7610d7c8a44276ecfdcf9322ac61cb156efa19adf74476d782060dd508cafeb8d623d

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400244
Fecha de Expedición: 31/08/2023 8:06:58 AM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 7:41:11 AM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | MAYA ARGOTE GRACIELA ROSARIO | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 51 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 27143035 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 22 IS N 3 SUR 70 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 7:41:11 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-28 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1568 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-28 |
| **DIAGNÓSTICO:** | M350 - SINDROME SECO [SJÖGREN] | **PROFESIONAL:** | IGNACIO ARTEAGA |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890276 | BX | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL | 1 | 37,000.00 | 0.00 | 0.00 | 37,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 37,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 37,000.00 |

**SON:** Treinta y siete mil pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: CONSTANZA RAMÍREZ

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

6f9fff218edebce6c86d1c9550c7610d7c8a44276ecfdcf9322ac61cb156efa19adf74476d782060dd508cafeb8d623d

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIA<br>ORDEN DE ATENCION | No. 1568<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>14/08/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA: PAREDES | OFTALMOLOGIA | |

**FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU** CONSULTORIO CLINICA

| A: GRACIELA ROSARIO MAYA ARGOTE | CARNE No. 12966098-A |
|---|---|
| FAMILIAR DE. FRANCISCO VILLOTA | CONYUGUE ☒ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

**CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA**

**OBSERVACIONES:** PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO, DESCARTAR SINDROME DE OJO SECO.

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL | | | | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORA | | | |

Lorena J. Montero
Médica General
R.M. 63202-5
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDIN

RECIBI Graciela Rosario Maya

C.C.No. 27143035

PAREDES
2023
9

FECHA:

PISO:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.143.035
MAYA ARGOTE
APELLIDOS
GRACIELA ROSARIO
NOMBRES



FIRMA

NARIÑO

12966098-B

**GRACIELA ROSARIO**
**MAYA ARGOTE**
**C.C 27.143.035**
**RH AB**
**Fecha de nacimiento** 01/10/1971



SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1971
BUESACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,60 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

31-OCT-1990 BUESACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00155754-F-0027143035-20090507 0011294090A 1 6820019735

**FRANCISCO ANDRES VILLOTA ARCE**
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 Cerón Lasso**

CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400502
**Fecha de Expedición:** 31/08/2023 6:19:27 PM
**Fecha de Vencimiento:** 30/09/2023
**Fecha de Generación:** 31/08/2023 5:41:03 PM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 72 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30707123 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 40 12A 67 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 5:41:03 PM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-31 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1572 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-31 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 137003-1 | BX | INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES (PQTE) | 1 | 493,010.00 | 0.00 | 0.00 | 493,010.00 |
| 130003-1 | BX | EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO (Incluye facoemulsificacion lasser, aspiracion PQT) | 1 | 546,350.00 | 0.00 | 0.00 | 546,350.00 |
| 147101-1 | BX | VITRECTOMIA ANTERIOR (PQT) | 1 | 2,565,000.0 | 0.00 | 0.00 | 2,565,000.00 |
| 186 | BX | LENTE INTRAOCULAR CADA UNO | 1 | 350,000.00 | 0.00 | 0.00 | 350,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 4
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 3,954,360.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **COPAGO:** | |
| **TOTAL:** | 3,954,360.00 |

**SON:** Tres Millones Novecientos Cincuenta Y Cuatro mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: DAYANA GUADALUPE ROSALES

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

a17f01c968d3a48a72ee8f6bfc6b40994225b7b2178c9ff78a69b23f5b066532d30c29e34301e0026fcda83d3b42d0a2

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

## CLINICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

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

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1SRV 400502
Fecha de Expedición: 31/08/2023 6:19:27 PM
Fecha de Vencimiento: 30/09/2023
Fecha de Generación: 31/08/2023 5:41:03 PM

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | VELASCO DE PEÑA DORIS EUGENIA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 72 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 30707123 |
| **TIPO DE USUARIO:** | BENEFICIARIO | **NIVEL:** | NO APLICA |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 40 12A 67 | **PROCEDENCIA:** | PASTO |
| **FECHA FACTURA:** | 31/08/2023 5:41:03 PM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2023-08-31 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 1572 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2023-08-31 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 137003-1 | BX | INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES (PQTE) | 1 | 493,010.00 | 0.00 | 0.00 | 493,010.00 |
| 130003-1 | BX | EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO (Incluye facoemulsificacion lasser, aspiracion PQT) | 1 | 546,350.00 | 0.00 | 0.00 | 546,350.00 |
| 147101-1 | BX | VITRECTOMIA ANTERIOR (PQT) | 1 | 2,565,000.0 | 0.00 | 0.00 | 2,565,000.00 |
| 186 | BX | LENTE INTRAOCULAR CADA UNO | 1 | 350,000.00 | 0.00 | 0.00 | 350,000.00 |

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

**TOTAL ÍTEMS:** 4
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:**
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00 **TOTAL:** 3,954,360.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 3,954,360.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |

**SON:** Tres Millones Novecientos Cincuenta Y Cuatro [illegible] Trescientos Sesenta pesos m/cte.

FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: DAYANA GUADALUPE ROSALES

RES DIAN No.

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

18764043094810 Vigencia 2023-01-20 a 2024-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 375805 AL 500000

a17f01c968d3a48a72ee8f6bfc6b40994225b7b2178c9ff78a69b23f5b066532d30c29e34301e0026fcda83d3b42d0a2

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. LOPE 1572 |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>16/08/2023 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | OFTALMOLOGIA | TELEFONO |
|---|---|---|
| CLINICA: PAREDES | PROCEDIMIENTOS | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

| A: DORIS EUGENIA VELASCO DE PEÑA | CARNE No. 12098010-A |
|---|---|
| FAMILIAR DE. FRANCISCO PEÑA | CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:

1. EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION SOD, OJO IZQUIERDO
2. IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO SOD OJO IZQUIERDO
3. LENTE PARA CATARATA CON FACOEMULSIFICACION CADA LENTE OJO IZQUIERDO
4. VITRECTMIA VIA ANTERIOR CON VITRIOFAGO OJO IZQUIERDO

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADA EL 15-08-2023, SS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL<br>DIA \| MES \| AÑO \| HORA | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| | | | |

Lorena J. Montero
Médica Gene...
R.M. 109490...
U. del Quind...
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No. 12098010

X Doris de Peña

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES
FECHA: Rad...
PISO: 10°

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.707.123**
**VELASCO De PEÑA**

APELLIDOS
**DORIS EUGENIA**

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

30-DIC-1950
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73** **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

**10-OCT-1975 PASTO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00065982-F-0030707123-20080905 0003034805A 1 6790002887

NARIÑO

12098010-A



**DORIS EUGENIA**
**VELASCO DE PEÑA**
**C.C. 30.707.123**
**RH O+**
**Fecha de nacimiento** 30 DIC 1950

**SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

SENA
DE CLASE MUNDIAL

**FRANCISCO PEÑA PINO**
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 sancrones establecidas

**Emilio Humberto Cerón Lasso**