P-04

AUXILIO DE CONTINGENCIA Y ATENCION DE EMERGENCIAS CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.

P-04-01

FONDO PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR (INCLUYE AUXILIO FUNERARIO, REMISIONES DE SALUD, TRANSPORTE DEL BENEFICIARIO, TRANSPORTE DEL PERSONAL DE ACOMPAÑAMIENTO Y PAGO DE CUIDADORAS.

238

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000109

Pagado a: 1,118,072,830 GOMEZ GONZALÉZ INGRID YASLEIDY

Dirección: VALPARAISO Valparaíso-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024 **Fecha:** 31/05/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $280,000.00 DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1118072830	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2		280,000.00	
11050501	40776385	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2			280,000.00

Elaboro ADMIN 17/07/2024 3:52:29 p. m.	Revisó:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:
ELENA MACHADO	Alejandra Z	Alejandra Z	Ingrid Yasleidy Gómez G.

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	05	2024	09

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

239

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
INGRID YASLEIDY GOMEZ GONZALEZ	C.C. (X) NIT	1,118,072,830

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3142043638	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
		UNIDAD	TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DÍA 03 DEL MES DE MAYO DEL 2024	280,000	280,000

SON: DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.

QUINIENTOS	$280,000.00
BASE GRAVABL	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA : Ingrid Yasleidy Gómez G.
NOMBRE : INGRID YASLEIDY GOMEZ GONZALEZ
No C.C. : 1,118,072,830

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

240

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: José Bruno Muñoz Vazquez

N. CEDULA: 17.623.041
EDAD: 80 años SEXO: M x F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE: Ingrid Yasleidy Gomez Gonzalez
N. CEDULA: 1.118.672.830

FECHA SALIDA: DIA 03 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 03 MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaiso Caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia - Caqueta
MOTIVO DE LA REMISION: Cirugano

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE,
PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Ingrid Yasleidy Gómez Gonzalez
CC: 1.118.672.830
CARGO: Aux Enfermería
N. DE CELULAR: 314.204 3638

241

CORPORACION MEDICA DEL CAUCA
Nit: 826000073-1
Direccion: CRA 0 N# 8-77 BARRIO EL PRADO
Telefono: 4340447-4341921

SOLICITUD DE EXAMENES

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	JOSE BRUNO MUÑOZ VASQUEZ
Fecha de Orden:	25/04/2024 2:18:42 p. m.
Identificación:	17623091
Edad Actual:	60 Años / 0 Meses / 7 Días
Procedencia:	VALPARAISO

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ASMET SALUD EPS SAS
Plan Beneficios:	ASMET PGP
Tipo de afiliacion:	Subsidiado
Causa Externa:	Enfermedad_General

DATOS DEL INGRESO

Consecutivo:	573409
Tipo Historia:	(HC41 - CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA)
Número de Folio:	2

LISTADO DE EXÁMENES	AREA SERVICIO:	APOY. DIAGNOSTICO-ELECTROCARDIOGRAMA

CODIGO: 895100
DESCRIPCION:
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE 6OD
CANTIDAD: 1
OBSERVACIONES:

TODOS LOS DIAGNOSTICOS	
CODIGO	DESCRIPCION
K402	HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA

Medico_Especialista: 17636639 - FERNANDO ESCOBAR CASTAÑEDA
Tarjeta Profesional: 354809 Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Usuario: [illegible] Pagina 1/1
Fecha de la impresion: 25/04/2024 2:23:36 p. m.

242

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000110

Pagado a: 40,776,385 HURTADO TORRES CARLINA

Dirección: VALPARAISO Valparaíso-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024 **Fecha:** 31/05/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $1,060,000.00 UN MILLÓN SESENTA MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	40776385	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2		1,060,000.00	
11050501	40776385	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2			1,060,000.00

Elaboro ADMIN 17/07/2024 4:01:03 p. m.	Reviso:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:
LORENA MACHE	Alejandro 2	Alejandro 7	Carlina Hurtado Torres

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	05	2024	10

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

243

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
CARLINA HURTADO TORRES	C.C. (X) NIT	40,776,385
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3213468072	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA		
NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
		UNIDAD	TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DIA 07 DEL MES DE MAYO DEL 2024	280,000	280,000
3	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE DE 3 ADULTOS MAYORES) DURANTE EL DIA 16 DEL MES DE MAYO DEL 2024	260,000	780,000

SON: UN MILLON SESENTA MIL PESOS MCTE.

TOTAL	$1,060,000.00
BASE GRAVABL	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA : Carlina Hurtado Torres
NOMBRE : CARLINA HURTADO TORRES
No C.C. : 40,776,385

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

244

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Jose Bruno Muñoz Vazquez

N. CEDULA: 17.623.091
EDAD: 80 años SEXO: M X F

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Carlina Hurtado Torres
N. CEDULA: 40.776.385

FECHA SALIDA: DIA 07 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 07 MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaiso Caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia Caqueta
MOTIVO DE LA
REMISION: Valoracion de Anestesia.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE, PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Carlina Hurtado Torres
CC: 40.776.385
CARGO: Aux Enfermeria
N. DE CELULAR: 3213468072

CORPOMEDICA
CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ
Nit: 828000073-1

Fecha Actual : martes, 07 mayo 2024

INDICACIÓN MEDICA

CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

Nº Historia Clinica: 17623091 **Nº Folio:** 3 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE BRUNO MUÑOZ VASQUEZ **Identificacion:** 17623091 **Sexo:** Masculino

Fecha Nacimiento: 18/abril/1944 **Edad Actual:** 80 Años / 0 Meses / 19 Días **Estado Civil:** Soltero

Dirección: VALPARAISO **Teléfono:** 3213468072

Procedencia: VALPARAISO **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASMET SALUD EPS SAS **Régimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ASMET SUBSIDIADO MEDIANA COMPLEJIDAD **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO ESTRATO 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 576039 **Fecha:** 7/05/2024 1:47:33 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

---

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle:

1: AYUNO 8 HORAS ANTES DE LA CX
2: ACOMPAÑANTE MAYOR DE EDAD
3: SE EXPLICAN RIESGOS, BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS DE ANESTESIA (GENERAL / ESPINAL) PACIENTE ACEPTA
4: SE LEE CONSENTIMIENTO INFORMADOS, SE EXPLICA Y PACIENTE DICE ENTENDER
5: SIN ACCESORIOS, ROPA COMODA, RASURADO
6: PROGRAMAR HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL CON MALLA
7: ORDENES DE CX GENERAL
8: RECOMENDACIONES DE DIETAS
9: ANESTESIA ESPINAL, PENDIENTE FIRMAR CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.
10: SE SOLICITA RESERVA 2 UND DE GRE O PISITIVO AL HOSPITAL MARIA INMACULADA
11: CONTINUAR CON ANTIHIPERTENSIVOS INCLUSO EL DIA DE LA CX
12: ADMNISTRAR TRATAMIENTO INDIICADO, NO PROGRAMAR HASTA COMPLETAR TRATAMIENTO
13: LLEVAR RESULTADO DE HEMOGRAMA DIA DEL PROCEDIMIENTO
PRIORITARIO ANCIANATO DE VALPARAISO

Profesional: 465859 - HEILEN MARIA RAMOS MONTERO
Especialidad: 301 - ANESTESIA
Tarjeta Profesional: 411414/14

Powered by CamScanner

CORPOMEDICA
CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ
NIT. 828000073-1

CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

Nº Historia Clínica: 17623091 No. Ingreso: 576039 Fec. Ingreso: 07/05/2024 13:47 Fec. Folio: 7/05/2024 14:22 FOLIO: 3

246

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	JOSE BRUNO MUÑOZ VASQUEZ	**Identificación:** 17623091	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	18 de abril de 1944	**Edad Actual:** 80 Años / 0 Meses / 19 Días	
Dirección:	VALPARAISO	**Teléfono:** 3213466072	
Barrio:	Valparaiso	**Ocupación:**	
Procedencia:	VALPARAISO	**Estrato:** SUBSIDIADO ESTRATO 1	
Causa Externa:	Enfermedad_General	**Régimen:** Regimen_Simplificado	
Estado Civil:	Soltero	**Tipo Documento:** Cédula_Ciudadania	
Entidad:	ASMET SALUD EPS SAS	**Plan de Beneficios:** ASMET SUBSIDIADO MEDIANA COMPLEJIDAD	

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

MOTIVO DE CONSULTA

VALORACION DE ANESTESIA

ENFERMEDAD ACTUAL

HERNIA INGUINAL BILATERAL

REVISION POR SISTEMAS

LABS:
LEU:4.65 HB:8.7 HTC:26.3 PLAQ:336
EKG: BRADICARDIA SINUSAL
GLUCOSA: 87

INTERPRETACIÓN AYUDAS DIAGNOSTICAS

SIN REPORTES

ANTECEDENTES:

Tipo	Descripción
Médicos	HTA
Farmacológicos	LOSARTAN 50 MG
Médicos	LIMITACION PARA DEMABULAR

SIGNOS VITALES:

F. CARDIACA:	45	TA SISTOLICA:	136	Temperatura:	36	PESO (Kg):	50	IMC: 24,44	FUM:
F.RESPIRATORIA:	15	TA DIASTOLICA:	85	TA MEDIA:	102	TALLA (CMs):	150	IMC DETALLE:	PESO NORMAL

ASPECTO Y ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

TORAX: RUIDOS CARDIACOS OK RUIDOS PULMONARES OK
MALAMPATI II/IV
VIA AEREA FAVORABLE, SIN DEFICIT NEUROLOGICO

CABEZA Y CUELLO	NORMAL	CABEZA NORMOCEFALO, SIN DEFORMIDADES Y CUELLO CENTRAL NO DEFORMIDADES MASAS.
OJOS	NORMAL	CONJUNTIVAS NORMOCROMATICAS, PUPILAS SIMETRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ
OIDOS	NORMAL	CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS SI ALTERACIONES, TIMPANOS INTEGROS, SIN SANGRADOS NI SECRECIONES
NARIZ	NORMAL	FOSAS PERMEABLES, SIN ALTERACIONES
OROFARINGE	NORMAL	MUCOSA ORAL HUMEDA, FARINGE NORMAL, AMIGDALAS NORMALES, NO MASAS
TORAX	NORMAL	SIN DEFORMIDADES
PULMONAR	NORMAL	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS
CARDIOVASCULAR:	NORMAL	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS
E_PERFUSION	NORMAL	BUEN LLENADO CAPILAR, PULSOS SIMETRICOS Y PALPABLES
ABDOMEN	NORMAL	BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, PEROSTALTISMO NORMAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES	ANORMAL	DEAMBULA EN SILLA DE RUEDAS
GENITO URINARIO	NORMAL	SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO	NORMAL	SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE
PIEL Y LINFATICO	NORMAL	SIN ALTERACIONES

ANALISIS

PACIENTE A QUIEN SE AUTORIZA PROGRAMACION QUIRURGICA CON RESERVA DE GRE Y RESULTADO DE NUEVOS LABORATORIOS POR PRESENTAR ANEMIA, SE CLASIFICAN RIESGOS ASA 2, GUPTA BAJO RIESGO NSQIP PROMEDIO POBLACIONAL BAJO RIESGO, VIA AEREA FAVORABLE
SE EXPLICA TECNICA ANESTESICA REGIONAL SE EXPLICAN LAS DEMAS TECNICAS ANESTESICAS Y LAS VENTAJAS DE LA OFRECIDA, PACIENTE ENTIENDE ACEPTA Y FIRMA CONSENTIMIENTO.

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

Powered by CamScanner

FundECAD

247

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Luis Alberto Ramos Cuellar

N. CEDULA: 17680067
EDAD: 75 SEXO: M X F

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Carlina Hurtado torres
N. CEDULA: 40776385 fl.

FECHA SALIDA: DIA 16 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 16 MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaiso Caqueta.
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia caqueta.
MOTIVO DE LA
REMISION: Consulta por primera vez x medicina especializada.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE, PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Carlina Hurtado torres
CC: 40776385
CARGO: Auxiliar En Enfermería
N. DE CELULAR: 3213468072.

Oftalmoláser

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N 9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

Paciente: CC 17680067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO — Id. Historia: 990554

Admisión: 631265 — Fecha de Nclo: 03/10/1948 — Edad: 75 a 0 m 13 d — Estado Civil: SOLTERO(A) — Tel: 3136597592 3114509

Dirección: BRR LA ESPERANZA — Ubicación del Pcte:

Ciudad: VALPARAISO — Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO — Religión: No Manifiesta

Ocupación: OCUPACION NO DEFINIDA — Sexo: Masculino

APBs: ASMET SALUD EPS SAS — Tipo Vinculo: Beneficiario

Sucursal: ASMET SALUD EPS SAS

Contrato: ASMETSALUD POP

Departamento Atención: HUILA

Municipio Atención: NEIVA

Acompañante: No registra Acompañante — Responsable: RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO

Parentesco: Otro — Parentesco: Otro

Fijo: 0000000 — Celular: 0000000 — Fijo: 0000000 — Celular: 0000000

HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA

Fecha y Hora de elaboración:
18/05/2024 7:38

Profesional: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER — Especialidad: OFTALMOLOGIA — Tp Admisión: AMBULATORIO
Hora Ingreso: 18/05/2024 7:04 a m

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA -ASME	1

DATOS DE LA CONSULTA - DATOS DE CONSULTA
SE ATIENDE PREVIA HIGIENIZACION DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 1 SI

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL " DISMINUCION DE VISION " REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DISMINUCION PROGRESIVA DE LA AV EN AMBOS OJOS POR LO QUE CONSULTA
ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES PATOLÓGICO HTA

TOXICO/ALERGICOS NINGUNO

OFTALMOLOGICOS NEGATIVO
EXAMEN EXTERNO

EXAMEN OFTALMOLOGICO - AGUDEZA VISUAL
LEJOS SC OD 20/200

LEJOS SC OI 20/200

ESTENOPEICO OD 20/50

ESTENOPEICO OI 20/50

EXAMEN OFTALMOLOGICO - BIOMICROSCOPIA
BIOMICROSCOPIA O D CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL DE APARIENCIA NORMAL CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR AMPLIA FORMADA PUPILA REDONDA REACTIVA A LA LUZ CRISTALINO OPACIDAD N03NC3
BIOMICROSCOPIA O I CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL DE APARIENCIA NORMAL CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR AMPLIA FORMADA PUPILA REDONDA REACTIVA A LA LUZ CRISTALINO OPACIDAD N03NC3
PRESION INTRAOCULAR O D 16

PRESION INTRAOCULAR O I 16

GRADO DE DILATACION PUPILAR O D 6mm

GRADO DE DILATACION PUPILAR O I 6mm

EXAMEN OFTALMOLOGICO - FONDO DE OJO
FONDO DE OJO O D
NERVIO OPTICO EXCAVACION 0 4 MACULA DE APARIENCIA SANA RETINA APLICADA
FONDO DE OJO O I
NERVIO OPTICO EXCAVACION 0 3 MACULA DE APARIENCIA SANA RETINA APLICADA

TRATAMIENTO - PLAN DE MANEJO
DIAGNOSTICO AMPLIADO CATARATA AD
TRASTORNO DE LA REFRACCION
OJO SECO
PLAN DE MANEJO CARBOXIMETILCELULOSA COLIRIO CADA 8 HORAS AD
VALORACION POR OPTOMETRIA
SIGNOS DE ALARMAS Y RECOMENDACIONES SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR DE MANERA CLARA Y CONCISA LA PATOLOGIA Y POSIBLE REPERCUSIONES EN SU AGUDEZA VISUAL QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

SE DAN SIGNOS CLAROS DE ALARMA (DOLOR OCULAR , DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL , OJO ROJO) CONSULTAR POR URGENCIAS CON OFTALMOLOGIA
RECOMENDACIONES GENERALES Y ORDENES MEDICA, DICE ENTENDER Y ACEPTA

Powered by CamScanner

Oftalmoláser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N.9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

Paciente: CC 17680067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO Id. Historia: 990554

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: H269 Nombre: CATARATA* NO ESPECIFICADA

Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoria: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ENFERMEDAD GENERAL	

ORDENES GENERADAS

MEDICAMENTOS

Nombre									
CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% GOTAS OFTALMICAS * 10ML	No	APLICAR 1 GOTAS CADA 8 HORAS POR 90 DIAS	3,00	Baja	10 ML	OFTALMICOS	1 FRASCO	8 HORAS	22 días

SERVICIOS

Nombre			
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		1,00	Baja
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	CONTROL CON VALORACION DE OPTOMETRIA	1,00	Baja

Profesional que clausura: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER
CC 1103101311 R.M. T67

Fecha y hora del registro: 16/05/2024 8:48 a.m.

Profesional que elabora: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER CC 1103101311 R.M. T67

Powered by CamScanner

250

Oftalmolaser

Fecha: 15/03/2024 8:43 Autor: ASMESALUDSAS Agenda: 531285 ORDEN EST No. 1111115

Paciente: CC 1130680067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO F Nacimiento: 04/07/1983 EDAD: 40 A 8 M 10 D GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación: Cama:

APS: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSA CSPOS

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant.	Practicas	Autorización	Modalidad/Finalidad	Diagnóstico
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA (Optometra 890201)	OPTOMETRIA	1	Ses			

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H52	CONFIRMADO NUEVO	ERROR REFRACTIVO, NO ESPECIFICADO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ CUJOS SANDRA ESTHER Registro Médico 157 Dependencia: EXAMEN DE EXPLORACION

Powered by CamScanner

251

Oftalmoláser

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
NIT 813010145-1
Teléfono 8723035 Fax 8710264

Fecha: 16/05/2024 8:44 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631265 ORDEN EXT No. 1651210

Paciente: CC 17680067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO F. Nacimiento: 03/11/1948 EDAD: 75 a 6 m 13 d GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód. Referencia: 890374	OFTALMOLOGIA	1,00	Baja	0	CONTROL CON VALORACION DE OPTOMETRIA	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

Powered by CamScanner

252

Oftalmoláser

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
N.I.T:813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631265 ORDEN EXT No. 1651212

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 15/05/2024 8:45 Vencimiento: 15/06/2024
Paciente: CC 17680067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO Edad: 75 a 6 m 13 d Fecha nac: 3/11/1948
Género: MASCULINO Carpeta:
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP
Tipo Contrato: POS SUBSIDIADO Especialidad de Ingreso

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Via administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	N° Mipres
0015127-R1	CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% GOTAS OFTALMICAS * 10ML	FRASCO	OFTALMICOS	3,00	0	Baja	1 GOTAS	8 HORAS	
Justif/Posologia	APLICAR 1 GOTAS CADA 8 HORAS POR 90 DIAS	Casa	NO	Cant. TRES		Quien ejecuta			

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

05/15/2024

rpt OrdenesMedicamentos.rp

Powered by CamScanner

253

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
N.I.T.813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631265 ORDEN EXT No. 1651212

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 16/05/2024 8:46 Vencimiento: 15/06/2024
Paciente: CC 17680067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO Edad: 75 a 6 m 13 d Fecha nac: 3/11/1948
Género: MASCULINO Carpeta:
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP
Tipo Contrato: POS SUBSIDIADO Especialidad de Ingreso

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Via administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	N° Mipres
031512-R1	CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% GOTAS OFTALMICAS * 10ML	FRASCO	OFTALMICOS	3,00	0	Baja	1 GOTAS	8 HORAS	
Justif/Posologia	APLICAR 1 GOTAS CADA 8 HORAS POR 90 DIAS	Casa	NO	Cant. TRES		Quien ejecuta			

INFORMACIÓN DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

09/16/2024

rptOrdenesMedicamentos.rp

Powered by CamScanner

254

Oftalmolaser

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
N.I.T.813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

Fecha: 16/05/2024 8:44 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631265 ORDEN EXT No. 1651210
Paciente: CC 17680067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO F. Nacimiento: 03/11/1948 EDAD: 75 a 6 m 13 d GENERO: MASCULINC
Pabellón: Habitación Cama:
APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód Referencia: 890374	OFTALMOLOGIA	1,00	Baja	0	CONTROL CON VALORACION DE OPTOMETRIA	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

Powered by CamScanner

255

Oftalmolaser

Fecha:	16/05/2024 8:43	Ambito: AMBULATORIO			
Paciente:	CC 1758067 RAMOS CUELLAR LUIS ALBERTO				
Piso/Ala:		Habitación:		Cama:	
APS:	ASMET SALUD EPS SAS			Contrato:	

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Frecuencia	Autorización	Lateralidad/Observación	Urgencia
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGIA GENERAL	OFTALMOLOGIA	1	Una vez	S		

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H52	CONFIRMADO NUEVO	ASTIGMATISMO NO ESPECIFICADO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ CLAROS SHIRLEY ESTHER Registro Medico: 767 Dependencia: EXAMENES ESPECIALES OFT

Impreso con la versión...

Powered by CamScanner

FundECAD

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Alejandrino Ruiz.

N. CEDULA: 2373251
EDAD: 83 SEXO: M X F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Carlina Hurtado torres
N. CEDULA: 40776385

FECHA SALIDA: DIA 16 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 16 MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaíso caquetá
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia caquetá
MOTIVO DE LA
REMISION: Consulta de primera vez en medicina especializada.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE, PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Carlina Hurtado torres
CC: 40776385 fl.
CARGO: Auxiliar En enfermería
N. DE CELULAR: 3213468072.

257

Oftalmoláser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA

CARRERA 9 N.9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

Paciente: CC 2373251 RUIZ ALEJANDRINO — **Id. Historia:** 990601

Admisión: 631267 **Fecha de Ncto:** 20/06/1940 **Edad:** 83 a 10 m 20 **Estado Civil:** NO ESPECIFICADO **Tel:** 3134937522-31145569
Dirección: BRR LA ESPERANZA **Ubicación del Pcte:** -
Ciudad: VALPARAISO **Barrio:** OTRA ZONA RURAL NO ESPECIFICADA **Religión:** No Manifiesta
Ocupación: OCUPACION NO DEFINIDA **Sexo:** Masculino
APBs: ASMET SALUD EPS SAS **Tipo Vincula:** Beneficiario
Sucursal: ASMET SALUD EPS SAS
Contrato: ASMETSALUD PGP
Departamento Atención: HUILA
Municipio Atención: NEIVA

Acompañante: No registra Acompañante **Responsable:** RUIZ ALEJANDRINO
Parentesco: Otro **Parentesco:** Otro
Fijo: 0000000 **Celular:** 0000000 **Fijo:** 0000000 **Celular:** 0000000

HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA

Fecha y Hora de atención: 16/05/2024 8:46

Profesional: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER **Especialidad:** OFTALMOLOGIA **Tp Admisión:** AMBULATORIO
Hora Ingreso: 16/05/2024 7:05 a m

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA -ASME	1

DATOS DE LA CONSULTA - DATOS DE CONSULTA
SE ATIENDE PREVIA HIGIENIZACION DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 1 SI

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL " DISMINUCION DE VISION " REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DISMINUCION PROGRESIVA DE LA AV EN AMBOS OJOS POR LO QUE CONSULTA
ANTECEDENTES PERSONALES ANTECEDENTES PATOLÓGICOS HTA

TOXICOALERGICOS NEGATIVO

OFTALMOLOGICOSNEGATIVO
EXAMEN EXTERNO

EXAMEN OFTALMOLOGICO - AGUDEZA VISUAL
LEJOS SC OD Cuenta Dedos a 3 Mts

LEJOS SC OI Cuenta Dedos a 3 Mts

EXAMEN OFTALMOLOGICO - BIOMICROSCOPIA
BIOMICROSCOPIA O D CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL DE APARIENCIA NORMAL CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR AMPLIA FORMADA PUPILA REDONDA REACTIVA A LA LUZ CRISTALINO CPACIDAD N03NC3
BIOMICROSCOPIA O I CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL DE APARIENCIA NORMAL CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR AMPLIA FORMADA PUPILA REDONDA REACTIVA A LA LUZ CRISTALINO CPACIDAD N03NC3
PRESION INTRAOCULAR O D 15

PRESION INTRAOCULAR O I 15

GRADO DE DILATACION PUPILAR O D 6mm

GRADO DE DILATACION PUPILAR O I 6mm

EXAMEN OFTALMOLOGICO - FONDO DE OJO
FONDO DE OJO O D NERVIO OPTICO EXCAVACION 0.3 MACULA CON ALTERACION PIGMENTARIA RETINA APLICADA

FONDO DE OJO O I NERVIO OPTICO EXCAVACION 0.3 MACULA CON ALTERACION PIGMENTARIA RETINA APLICADA

TRATAMIENTO - PLAN DE MANEJO
DIAGNOSTICO AMPLIADO CATARATA AO
MACULOPATIA A DESCARTAR
PLAN DE MANEJO VALORACION CON OPTOMETRIA
OCT MACULAR AO
CONTROL CON ESTUDIOS
SIGNOS DE ALARMAS Y RECOMENDACIONES SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILAR DE MANERA CLARA Y CONCISA LA PATOLOGIA Y POSIBLE REPERCUSIONES EN SU AGUDEZA VISUAL QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

SE DAN SIGNOS CLAROS DE ALARMA (DOLOR OCULAR , DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL , OJO ROJO) CONSULTAR POR URGENCIAS CON OFTALMOLOGIA
RECOMENDACIONES GENERALES Y ORDENES MEDICA, DICE ENTENDER Y ACEPTA

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: H269 **Nombre:** CATARATA* NO ESPECIFICADA
Tipo: CONFIRMADO NUEVO **Categoria:** Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:
Ampliación:

Powered by CamScanner

Oftalmoláser

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N 9A - 24 BARRIO EL PRADO
4276663

Paciente: CC 2373251 RUIZ ALEJANDRINO

Id Historia: 590891

Codigo: H353 Nombre: DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoria: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad

Ampliación:

Finalidad de la Consulta: 10 CAPUSA

Causa externa: 10 ENFERMEDAD GENERAL CAUSAS GENERADAS

Finalidad del Procedimiento:

SERVICIOS

Nombre			
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	CC	1.00	Baja
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		1.00	Baja
TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE (OCT) DE MACULA BILATERAL	AC	1.00	Baja

Profesional que Ordena: DOMINGUEZ CUADROS PABLO ESTHER CC 1065574311 RM 7587

Fecha y Hora del registro: 16/05/2024 8:55 a m

Profesional que Realiza: DOMINGUEZ CUADROS PABLO ESTHER CC 1065574311 RM 7587

Powered by CamScanner

259

Oftalmoláser

Fecha: 16/05/2024 8:54 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631267 ORDEN EXT No. 1551243

Paciente: CC 2373251 RUIZ ALEJANDRINO F. Nacimiento: 20/06/1940 EDAD: 83 a 10 m 26 d GENERO: MASCULINC

Pabellón: Habitación Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE (OCT) DE MACULA BILATERAL Cód. Referencia 951601	OFTALMOLOGIA	1,00	Baja	0	AO	

INFORMACIÓN DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Powered by CamScanner

260

Oftalmolaser

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
NIT 813010145 1
Teléfono 8723805 Fax 8710284

Fecha: 16/05/2024 8:54 **Ambito:** AMBULATORIO **Admisión:** 631267 **ORDEN EXT No.** 1651244
Paciente: CC 2373251 RUIZ ALEJANDRINO **F. Nacimiento:** 20/06/1940 **EDAD:** 83 a 10 m 25 d **GENERO:** MASCULINO
Pabellón: **Habitación** **Cama:**
APB: ASMET SALUD EPS SAS **Contrato:** ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Cód. Referencia: 890207	OPTOMETRIA	1,00	Baja	0		

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico. T67 **Dependencia:** EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

Powered by CamScanner

261

Oftalmolaser

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMO[illegible] DEL HULA
NIT 813010145-1
Teléfono 872 3835 Fax 871627A

Fecha: 16/05/2024 8:53 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631287 ORDEN EXT No: 1661240

Paciente: CC 2373251 RUIZ ALEJANDRINO F. Nacimiento: 20/09/1940 EDAD: 83 a 10 m 26 d GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD POP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Origen #
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód Referencia: 890378	OFTALMOLOGIA	1.00	Baja	0	CON ESTUDIO	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

Powered by CamScanner

262

Oftalmolaser

OFTALMOLASER CENTRO DE CIRUGIA OCULAR LASER S.A.S.
NIT 830.040.942-1
Teléfono 8773334 - 8773674

Fecha: 16/05/2024 8:53 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 531267 ORDEN EXT No. 1561744

Paciente: CC 2373251 RUIZ ALEJANDRINO F. Nacimiento: 23/08/1943 EDAD: 81 A 7 M 23 D GENERO: MASCULINO

Pabellon: Habitación: Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMESALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicaciones/Justificación	Opciones
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POS MEDICINA ESPECIALIZADA CAd Referencia: 890378	OFTALMOLOGIA	1.00	Baja	0	CONTROL	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: 767 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión

Powered by CamScanner

FundECAD

263

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Arnulfo Reyes Arias

N. CEDULA: 7509590
EDAD: 73 SEXO: M X F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Carlina Hurtado torres.
N. CEDULA: 40776385.

FECHA SALIDA: DIA 16 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 16. MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaíso Caquetá
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia Caquetá.
MOTIVO DE LA
REMISION: Consulta de primera vez medicina especializada.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE, PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Carlina Hurtado torres
CC: 40776 385 fl.
CARGO: Auxiliar en Enfermería
N. DE CELULAR: 3213468072.

Oftalmolaser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA

CARRERA 9 N 9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

Paciente: CC 7609590 REYES ARIAS ARNULFO **Id. Historia:** 990821

Admisión: 531266 Fecha de Nclo: 27/05/1953 Edad: 70 a 11 m 19 d Estado Civil: SOLTERO(A) Tel: 3134937522-3114555

Dirección: BRR LA ESPERANZA Ubicación del Pcte:

Ciudad: VALPARAISO Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: No Manifiesta

Ocupación: OCUPACION NO DEFINIDA Sexo: Masculino

APBs: ASMET SALUD EPS SAS Tipo Vincula: Beneficiario

Sucursal: ASMET SALUD EPS SAS

Contrato: ASMETSALUD PGP

Departamento Atención: HUILA

Municipio Atención: NEIVA

Acompañante: No registra Acompañante Responsable: REYES ARIAS ARNULFO

Parentesco: Otro Parentesco: Otro

Fijo: 0000000 Celular: 0000000 Fijo: 0000000 Celular: 0000000

HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA

Fecha y Hora de atención:
16/05/2024 9:12

Profesional: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Especialidad: OFTALMOLOGIA Tp Admisión: AMBULATORIO
Hora Ingreso: 16/05/2024 7:07 a m

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
990270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA ASME	1

DATOS DE LA CONSULTA - DATOS DE CONSULTA
SE ATIENDE PREVIA HIGIENIZACION DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 1 SI

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL " DISMINUCION DE VISION " REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DISMINUCION PROGRESIVA DE LA AV EN AMBOS OJOS MAS OD POR LO QUE CONSULTA
ANTECEDENTES PERSONALES: ANTECEDENTES PATOLOGICO HTA

TOXICOALERGICOS NEGATIVO

OFTALMOLOGICOS NEGATIVO
EXAMEN EXTERNO

EXAMEN OFTALMOLOGICO - AGUDEZA VISUAL
LEJOS SC OD : CD 60 CM

LEJOS SC OI : Cuenta Dedos a 2 Mtrs

EXAMEN OFTALMOLOGICO - BIOMICROSCOPIA
BIOMICROSCOPIA O D CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL DE APARIENCIA NORMAL CORNEA CLARA CAMARA ANTERIOR AMPLIA FORMADA PUPILA REDONDA REACTIVA A LA LUZ CRISTALINO OPACIDAD N04NC4P1
BIOMICROSCOPIA O I CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL DE APARIENCIA NORMAL CORNEA CLARA CAMARA ANTERIOR AMPLIA FORMADA PUPILA REDONDA REACTIVA A LA LUZ CRISTALINO OPACIDAD N03NC3
PRESION INTRAOCULAR O D 15

PRESION INTRAOCULAR O I 15

GRADO DE DILATACION PUPILAR O D 6mm

GRADO DE DILATACION PUPILAR O I 6mm

EXAMEN OFTALMOLOGICO - FONDO DE OJO
FONDO DE OJO O D
NERVIO OPTICO EXCAVACION 0 3 MACULA ALTERACION PIGMENTARIA RETINA APLICADA
FONDO DE OJO O I
NERVIO OPTICO EXCAVACION 0 3 MACULA ALTERACION PIGMENTARIA RETINA APLICADA

TRATAMIENTO - PLAN DE MANEJO
DIAGNOSTICO AMPLIADO CATARATA AO
MACULOPATIA AO E/E
PLAN DE MANEJO OCT MACULAR, VALORACION POR OPTOMETIA CONTROL CON ESTUDIOS

SIGNOS DE ALARMAS Y RECOMENDACIONES SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILAR DE MANERA CLARA Y CONCISA LA PATOLOGIA Y POSIBLE REPERCUSIONES EN SU AGUDEZA VISUAL QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

SE DAN SIGNOS CLAROS DE ALARMA (DOLOR OCULAR , DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL , OJO ROJO) CONSULTAR POR URGENCIAS CON OFTALMOLOGIA
RECOMENDACIONES GENERALES Y ORDENES MEDICA, DICE ENTENDER Y ACEPTA

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: H269 **Nombre:** CATARATA* NO ESPECIFICADA
Tipo: CONFIRMADO NUEVO **Categoria:** Diagnóstico Principal

Powered by CamScanner

Oftalmolaser

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N 9 A 24 BARRIO EL PRADO
4370063

Paciente: CC 7509590 REYES ARIAS ARNULFO Id. Historia: 000021

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:
Ampliación:

Código: H353 Nombre: DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO
Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoría: Diagnóstico Relacional 1

Diagnóstico Ampliado por Especialidad
Ampliación:

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ENFERMEDAD GENERAL ORIGEN: SIN ESPECIFICAR	

SERVICIOS

Nombre			
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		1,00	Bajo
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	CON ESTUDIO	1,00	Bajo
TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE (OCT) DE MACULA BILATERAL	AO	1,00	Bajo

Profesional que declara: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER
CC 1103101311 RM 167

Fecha y hora del registro: 16/05/2024 9:20:4 am

Profesional que declara: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER CC 1103101311 RM 167

Powered by CamScanner

Oftalmoláser

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
N.I.T. 813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

266

Fecha: 16/05/2024 9:18 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631268 ORDEN EXT No. 1651289

Paciente: CC 7509590 REYES ARIAS ARNULFO F. Nacimiento: 27/05/1950 EDAD: 73 a 11 m 19 d GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Cod. Referencia: 890207	OPTOMETRIA	1,00	Baja	0		

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

Powered by CamScanner

267

Oftalmoláser

Fecha: 16/05/2024 9:19 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631268 ORDEN EXT No. 1651293

Paciente: CC 7509300 REYES ARIAS ARNULFO F. Nacimiento: 27/05/1950 EDAD: 73 a 11 m 19 d GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación Cama:

APB ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE (OCT) DE MACULA BILATERAL Cód. Referencia 951501	OFTALMOLOGIA	1,00	Baja	0	AO	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Powered by CamScanner

Oftalmolaser

Fecha: 16/05/2024 8:19 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631268 ORDEN EXT No: 1651293

Paciente: CC 7509590 REYES ARIAS ARNULFO F. Nacimiento: 27/05/1950 EDAD: 73 a 11 m 19 d GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE (OCT) DE MACULA BILATERAL Cód. Referencia 951601	OFTALMOLOGIA	1,00	Baja	0	AO	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Powered by CamScanner

Oftalmolaser

N.I.T 813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

269

Fecha: 16/05/2024 9:19 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 631268 ORDEN EXT No. 1651291

Paciente: CC 7509590 REYES ARIAS ARNULFO F. Nacimiento: 27/05/1950 EDAD: 73 a 11 m 19 d GENERO: MASCULINO

Pabellón: Habitación Cama:

APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cod. Referencia: 890376	OFTALMOLOGIA	1,00	Baja	0	CON ESTUDIO	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H269	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA* NO ESPECIFICADA
H353	CONFIRMADO NUEVO	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: DOMINGUEZ OLMOS SHIRLEY ESTHER Registro Médico: T67 Dependencia: EXAMENES FLORENCIA

Comprometidos con su visión.....

Powered by CamScanner

276

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6
IVA Régimen Común
FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420
FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000111

Pagado a: 1,007,312,625 LUGO FERNANDEZ DAYANA

Dirección: VALPARAISO Florencia-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024 **Fecha:** 31/05/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $560,000.00 QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1007312625	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2		560,000.00	
11050501	1007312625	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2			560,000.00

Elaboro ADMIN 17/07/2024 4:07:55 p. m.	Reviso:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	05	2024	08

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

271

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
DAYANA LUGO FERNANDEZ	C.C. (X) NIT	1,007,312,625

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3134937522	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN UNIDAD	VALOR DE LA OPERACIÓN TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DIA 10 DEL MES DE MAYO DEL 2024	280,000	280,000
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE DURANTE EL DIA 17 DEL MES DE MAYO DEL 2024	280,000	280,000

SON: QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE.

TOTAL	**$560,000.00**
BASE GRAVABL	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA :

NOMBRE : DAYANA LUGO FERNANDEZ

No C.C. : 1,007,312,625

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

272

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Alejandrino Ruiz

N. CEDULA: 2373257
EDAD: 83 SEXO: M x F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Dayana Lugo fernandez
N. CEDULA: 1007372625

FECHA SALIDA: DIA 10 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 12 MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaiso Caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia Caqueta.
MOTIVO DE LA
REMISION: Medicina Interna.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE. PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Dayana Lugo fernandez
CC: 1007372625
CARGO: Aux Enfermeria.
N. DE CELULAR: 3134937522

273

IPS NAZHER CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO

NAZHER
Centro Médico Especializado

Celular: 314 605 9077 - Teléfono: (8)4376933
Carrera 10 No 2 A - 72 Los Campestres
nazhercme@gmail.com

FORMULA MEDIC

10 | 05 | 2024

Nº Identificación: CC 2373251 | Nombre del Paciente: RUIZ ALEJANDRINO | Edad: 83 AÑOS 10 EPS: ASMET SALUD

CIE 10: IF119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [N18X] INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Nombre del medicamento, presentación, forma farmacéutica, vía de administración, dosis y duración del tratamiento. | Cantidad Prescrita:

℞

1. [C09CA01] LOSARTAN 50MG TABLETAS RECUBIERTAS — 180 CIENTO OCHENTA
1 CADA 12 HORAS DURANTE 90 DÍAS

2. [C07AB07] BISOPROLOL 10 MG TABLETAS — 90 NOVENTA
1 CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS

3. [A10BA02] METFORMINA 850 MG TABLETAS — 180 CIENTO OCHENTA
1 CADA 12 HORAS DURANTE 90 DÍAS

4. EMPAGLIFLOZINA 25 MG TABLETA — 90 NOVENTA
1 CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS

Hernán Gómez Cabrera
Medicina Interna
C.C.78.14.14295951
Universidad de Cartagena

GOMEZ CABRERA HERNAN
Especialidad: MEDICO

Recibido:
Teléfono:
Dirección:

Impreso el 10/05/2024 - 5:32:32 p.m.

Software para el gestión salud - www.hcwebcloud.com

274

IPS NAZHER CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO

NIT 901.224.264-1

NAZHER

Celular: 314 605 9072 - Teléfono: (8) 1376933

Carrera 10 NA 8 A 22 [illegible]

Centro Médico Especializado

nazhercme@gmail.com

ORDEN A SERVICIO

10 / 05 / 2024

N° Identificación: CC 2373251 | Nombre del Paciente: RUIZ ALEJANDRINO | Edad: 83 AÑOS | EPS: ASMET SALUD

CIE 10: [E119] DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION, [I10X] HIPERTENSION [illegible]

[illegible]

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad, Prescrito

1 [890366] CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA (1)
CONTROL CON RESULTADOS

2 [881204] ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO TRIDIMENSIONAL (1) → NAZHER

3 [895001] MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO HOLTER [illegible]

4 [895100] ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD (1) → NAZHER
SS//REALIZAR EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION LECTURA POR LA ESPECIALIDAD

5 [902210] HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MOREOLOGÍA ELECTRONICA E [illegible] (1)

6 [903426] HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA (1)

7 [903841] GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (1)

8 [904902] HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (1)

9 [903895] CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (1)

10 [903856] NITRÓGENO UREICO (1)

11 [903605] IONOGRAMA CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO (1)

12 [903815] COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD LDC AUTOMATIZADO (1)

13 [903868] TRIGLICERIDOS (1)

Hernán Gómez Cabrera
Médico Internista

Universidad de Cartagena
GÓMEZ CABRERA HERNÁN
Especialidad: MÉDICO
R.M. 14295951 - Firmado Electrónicamente

Impreso el 10/05/2024 - 4:12:04 p.m. Software para el sector salud - www.DocSalud.com.co

12 MAYO
9 AM

Pios tarda dias

NAZHER
Centro Medico Especializado

IPS NAZHER CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO
NIT 901.244.204-1
Celular: 314 605 9072 - Telefono: (8)4376943
Carrera 10 No 9 A- 72 La cooperativa
nazhercme@gmail.com

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

POR ENFERMEDAD GENERAL

Atención N°: 00,032

Ciudad y Fecha: FLORENCIA (CAQUETÁ, COLOMBIA) 10/05/2024 - 05:17 P. M. Empresa: ASMET SALUD

Tipo Evaluación Medica: CONSULTA POR MEDICINA INTERNA PRIMERA VEZ Cargo: NO TRABAJA

Nombres y Apellidos: RUIZ ALEJANDRINO CC: 2373251 Fecha de Nacimiento: 20/06/1940 Edad: 83 AÑOS 1

Estudios: PRIMARIA Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S.: ASMET SALUD A.F.P.: NO REFIERE A.R.L.: NO REFIERE

MOTIVO DE LA CONSULTA

PACIENTE DERIVADA DE PROGRAMA DE CRONICOS PYP POR SUS COMORBILIDADES Y RIESGO CARDIOVASCULAR, REFIERE PALPITACIONES INTERMITENTES ASOCIADO A DISCONFORT TORACICO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DERIVADA DE PROGRAMA DE CRONICOS PYP POR SUS COMORBILIDADES Y RIESGO CARDIOVASCULAR, REFIERE PALPITACIONES INTERMITENTES ASOCIADO A DISCONFORT TORACICO

ANTECEDENTES FAMILIARES

Item	Observación
DIABETES	NO REFIERE
OTROS	

ANTECEDENTES PERSONALES

Item	Observación
HTA	DESDE LOS 78 AÑOS APROX
DIABETES	NO REFIERE
ENF RENAL	NO REFIERE
ENF ARTICULAR	NO REFIERE
TBC	NO REFIERE
VENEREAS	NO REFIERE
SIND CONVULSIVO	NO REFIERE
INMUNOLOGICOS	NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES	NO REFIERE
TOXICOS ALERGICOS	NO REFIERE
TRAUMATICO	NO REFIERE
QUIRURGICOS	PROSTATECTOMIA HACE 2 AÑOS APROX
ESCLEROTERAPIA PREVIA	NIEGA
PLANIFICACIÓN	NIEGA
FACTORES AGRAVANTES	ALERGIAS: NIEGA
OTRO	FARMACOLOGICOS: LOSARTAN 50X2

REVISIÓN POR SISTEMAS

Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMATICO
DIGESTIVO	ASINTOMATICO

GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OCULAR	
OTORRINOLARINGOLOGICO	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	

ACTIVIDAD FÍSICA

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA

HÁBITOS TÓXICOS

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	CUALES? AÑOS DE CONSUM	NO	0	NINGUNO
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DIA
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DIA

SIGNOS VITALES

Tension Arterial: 183 / 116 Frecuencia Cardiaca: 81 x minuto Frecuencia Respiratoria: 16 x minuto
Temperatura: 36.00 °C Peso: 64.00 kg. Talla: 163 cm IMC: 24.09 Normal
Perimetro Abdominal: cm Interpretación: Lateralidad Dominante: DIESTRO

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico	Hallazgo
OBSERVACIONES	PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
	CCC/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO PLETORA YUGULAR
	CP/ RSCSRS NO AUSCULTO SOPLOS, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS
	ABD/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PALPO MASAS NI MEGALIAS
	EXT/ NO EDEMAS, PULSOS DISTALES +++/+++
	SNC/ SIN SIGNOS DE FOCALIZACION

CONSULTAS REALIZADOS

Examen Paraclínico y/o Procedimiento	Cantidad	Observación
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA	N	NO APLICA

OBSERVACIONES PARACLINICOS

26/02/2024 HB1AC 7.2% MICROALBUMINURIA 28.5
26/01/2023 HB1AC 6.98%

ANALISIS

RIESGO CARDIOVASCULAR A DETERMINAR:
HTA NO CUMPLE METAS DE CIFRAS TENSIONALES, SE AJUSTAN ANTIHIPERTENSIVOS, SE SOLICITAN ESTUDIOS DE EXTENSION, ESTRATIFICACION CARDIOVASCULAR
DOLOR TORACICO ATIPICO ASOCIADO A PALPITACIONES SE SOLICITA HOLTER COMO PESQUISA DE ARRITMIAS
SE IDNICA PERFIL METABOLICO
CONTROL CON RESULTADOS

NOTA: SE SOLICITA A LOS MEDICOS GENERALES DEL PROGRAMA DE CRONICOS PYP NO CAMBIAR FORMULACION DE MEDICAMENTOS Y SEGUIR REFORMULANDO EN CASO DE TERMINACION, LOS MEDICOS GENERALES TIENE CRONOGRAMA PARA RECAMBIOS MEDICAMENTOS NO PBS

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL

	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL

PLAN DE TRATAMIENTO

APLICA

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 1.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANT	FECHA CREACIÓN
LOSARTAN 50MG TABLETAS RECUBIERTAS	1 CADA 12 HORAS DURANTE 90 DÍAS.	180	10/05/2024 05:25:43p. m.
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETAS	1 CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.	90	10/05/2024 05:25:49p. m.
METFORMINA 850 MG TABLETAS	1 CADA 12 HORAS DURANTE 90 DÍAS.	180	10/05/2024 05:25:58p. m.
EMPAGLIFLOZINA 25 MG TABLETA	1 CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.	90	10/05/2024 05:26:14p. m.

ORDEN A SERVICIOS N° 1

NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	CONTROL CON RESULTADOS.	1	10/05/2024 05:26:27p. m.
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL		1	10/05/2024 05:28:00p. m.
MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO HOLTER	SS//REALIZAR EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION LECTURA POR LA ESPECIALIDAD.	1	10/05/2024 05:28:13p. m.
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		1	10/05/2024 05:28:18p. m.
HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO		1	10/05/2024 05:28:23p. m.
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		1	10/05/2024 05:28:28p. m.
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		1	10/05/2024 05:28:32p. m.
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES		1	10/05/2024 05:28:50p. m.
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	10/05/2024 05:29:33p. m.
NITROGENO UREICO		1	10/05/2024 05:29:38p. m.
IONOGRAMA CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO		1	10/05/2024 05:29:42p. m.
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL AUTOMATIZADO		1	10/05/2024 05:29:46p. m.
TRIGLICERIDOS			

ORDEN DE REMISIÓN A ESPECIALISTA N° 0

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	MOTIVO DE LA REMISIÓN	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

ORDEN DE INCAPACIDAD N° 0

MOTIVO DE LA INCAPACIDAD	DIAS	TIPO	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	0	NO APLICA	NO APLICA

MÉDICO

Hernán Gómez Cabrera
Medicina Interna
C.C. 78.M. 14295951
Universidad de Cartagena

Firma:

Nombre: GÓMEZ CABRERA HERNÁN

Especialidad: MÉDICO

PACIENTE

Firma:

Nombre: RUIZ ALEJANDRINO

FundECAD

278

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Ernesto varon caicedo.

N. CEDULA: 16.790.204.
EDAD: 79 SEXO: M x F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Dayana lugo fernandez
N. CEDULA: 1007372625

FECHA SALIDA: DIA 17 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 17 MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaiso caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia caqueta.
MOTIVO DE LA
REMISION: para examen de Ecografia Ocular.

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE, PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Dayana lugo fernandez
CC: 1007372625
CARGO: Aux enfermeria.
N. DE CELULAR: 3134937522

PARA IMPRESION POR FAVOR HAGA CLICK EN EL REPORTE

Oftalmoláser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA

CRA. 7 # 19-10
B/QUIRINAL
8723835
www.oftalmolasersa.com.co

Version 1

REPORTES DE EXAMEN ECOGRAFIA

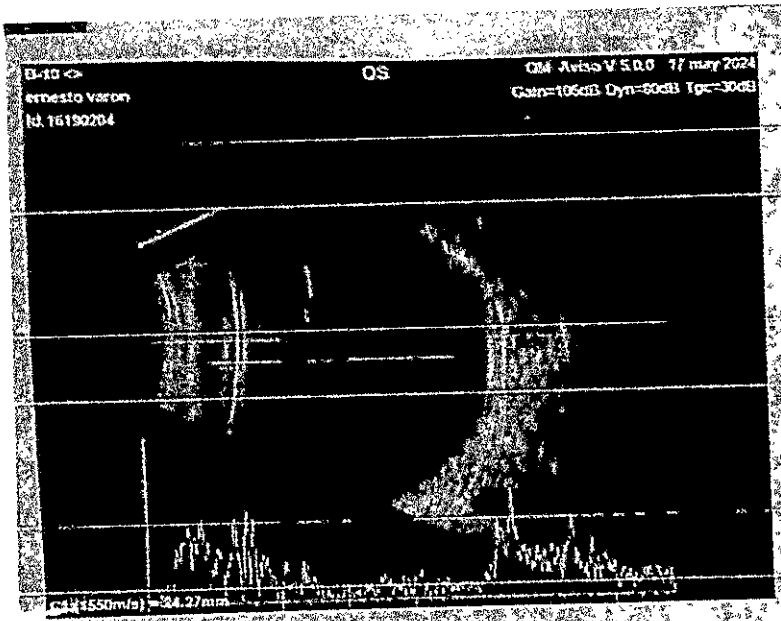
INFORMACION GENERAL					
FECHA TRANSCRIPCION	17/05/2024 3:40:27 p. m.	SERVICIO		DIAGNOSTICO	
PACIENTE	ERNESTO VARON CAICEDO				
IDENTIFICACION	CC;16190204	EDAD	79 a 9 m 12 d	GENERO	MASCULINO
EMPRESA APB	ASMET SALUD EPS SAS	NIVEL DE AFILIACION		SUBSIDIADO NIVEL 1	

LATERALIDAD	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	x	AMBOS OJOS	

Se realiza ecografía con ecógrafo Aviso S se realiza ultrasonografía ocular modo A y B con transductor de 10 MHz

Ojo Izquierdo: Longitud axial 24.27 mm aproximadamente. Cristalino esclerosado en posicion. Cavidad vitrea con escasos ecos de media reflectividad que correspondiente a condensaciones. Retina periférica adherida.

DX: Ecografía Ojo izquierdo catarata con retina adherida.



286

PORTE

CRA. 7 # 19-10
B/QUIRINAL
8723835
www.oftalmolasersa.com.co

FLORENCIA

Version 1

ECOGRAFIA

INFORMACION GENERAL					
FECHA TRANSCRIPCION	17/05/2024 3:40:27 p. m.	SERVICIO		DIAGNOSTICO	
PACIENTE	ERNESTO VARON CAICEDO				
IDENTIFICACION	CC 16190204	EDAD	79 a 9 m 12 d	GENERO	MASCULINO
EMPRESA APB	ASMET SALUD EPS SAS	NIVEL DE AFILIACION		SUBSIDIADO NIVEL I	

LATERALIDAD	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	x	AMBOS OJOS	

Se realiza ecografia con ecógrafo Aviso S se realiza ultrasonografia ocular modo A y B con transductor de 10 MHz

Ojo Izquierdo: Longitud axial 24.27 mm aproximadamente. Cristalino escierosado, posición. Cavidad vítrea con escasos ecos de media reflectividad que correspondiente a condensaciones. Retina periférica adherida.

DX: Ecografia Ojo izquierdo catarata con retina adherida.

Oftalmolaser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N.9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

Paciente: CC 16190204 VARON CAICEDO ERNESTO — **Id. Historia:** 976385
Admisión: 021053 **Fecha de Ncto:** 05/08/1944 **Edad:** 79 a 8 m 0 d **Estado Civil:** NO ESPECIFICADO **Tel:** 3142043038- NO TIENE MAS
Dirección: CAQUETA — **Ubicación del Pcte:**
Ciudad: VALPARAISO **Barrio:** OTRA ZONA RURAL NO ESPEFICIFADA **Religión:** No Manifiesta
Ocupación: OCUPACION NO DEFINIDA **Sexo:** Masculino
APBs: ASMET SALUD EPS SAS **Tipo Vincula:** Beneficiario
Sucursal: ASMET SALUD EPS SAS
Contrato: ASMETSALUD PGP
Departamento Atención: HUILA
Municipio Atención: NEIVA

Acompañante: No registra Acompañante — **Responsable:** VARON CAICEDO ERNESTO
Parentesco: Otro — **Parentesco:** Otro
Fijo: 0000000 **Celular:** 0000000 — **Fijo:** 0000000 **Celular:** 0000000

HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA

Fecha y Hora de atención: 05/04/2024 11:29

Profesional: GOMEZ ALVARADO JEN ESTID — **Especialidad:** OFTALMOLOGIA — **Tp Admisión:** AMBULATORIO
Hora Ingreso: 05/04/2024 8:57 a.m.

SERVICIOS REALIZADOS

		CANTIDAD
890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA -ASME	1

DATOS DE LA CONSULTA - DATOS DE CONSULTA
SE ATIENDE PREVIA HIGIENIZACION DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL : 1 SI
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL : NO MIRA CASI
PACIENTE MASCULINO DE 79 AÑOS QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DISMINUCION PROGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL AMBOS OJOS POR LO QUE CONSULTA
ANTECEDENTES PERSONALES : HIPERTENSION ARTERIAL
EXAMEN EXTERNO :
EXAMEN OFTALMOLOGICO - AGUDEZA VISUAL
LEJOS SC OD : Movimiento de Manos
LEJOS SC OI : Percepcion a la Luz (PL)
EXAMEN OFTALMOLOGICO - ESTRABOLOGIA
ESTRABISMO : EXOTROPIA OJO IZQUIERDO
EXAMEN OFTALMOLOGICO - BIOMICROSCOPIA
BIOMICROSCOPIA O.D : DERMATOCHALASIS , CONJUNTIVA BULBAR TRANQUILA , CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR MEDIA FORMADA PUPILA REDONI REACTIVA A LA LUZ CATARATA N3P1C3
BIOMICROSCOPIA O.I : DERMATOCHALASIS , CONJUNTIVA BULBAR TRANQUILA , CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR MEDIA FORMADA PUPILA REDONC REACTIVA A LA LUZ CATARATA RUBRA
PRESION INTRAOCULAR O.D : 14MMHG
PRESION INTRAOCULAR O.I : 14MMHG
GRADO DE DILATACION PUPILAR O.D : PENDIENTE
GRADO DE DILATACION PUPILAR O.I : PENDIENTE
EXAMEN OFTALMOLOGICO - FONDO DE OJO
FONDO DE OJO O.D : NERVIO OPTICO PALIDO EXCAVACION 0.3 MACULA CON DRUSA RETINA APLICADA
FONDO DE OJO O.I : NO VALORABLE
TRATAMIENTO - PLAN DE MANEJO
DIAGNOSTICO AMPLIADO : DIAGNOSTICO
1 CATARATA AMBOS OJO MAYOR OJO IZQUIERDO
2 EXOTROPIA OJO IZQUIERDO
PLAN DE MANEJO : PLAN
SE EXPLICAN HALLAZGO CLINICOS
EECC+LENTE INTRAOCULAR OJO IZQUIERDO
SS BIOMETRIA OCULAR OJO IZQUIERDO
SS ECOGRAFIA OCULAR OJO IZQUIERDO
CONTROL CON RESULTADO
SIGNOS DE ALARMAS Y RECOMENDACIONES : SE LE EXPLICA AL ACOMPAÑANTE DE MANERA CLARA CONCISA LA PATOLOGIA Y POSIBLE REPER EN SU AGUDEZA VISUAL SE LE DICE CONDUTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR
SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA (OJO ROJO, DOLOR OCULAR, DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL) CONSULTA POR URG CON OFTALMOLOGIA

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: H259 **Nombre:** CATARATA SENIL NO ESPECIFICADA
Tipo: CONFIRMADO NUEVO **Categoria:** Diagnóstico Principal

Oftalmolaser
Comprometidos con su visión

SEDE OFTALMOLASER FLORENCIA
CARRERA 9 N 9 A - 24 BARRIO EL PRADO
4376963

182

Paciente: CC 16190204 VARON CAICEDO ERNESTO **Id. Historia:** 976385

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ENFERMEDAD GENERAL	
	ORDENES GENERADAS	

SERVICIOS

Nombre	Indicadores		Cantidad	
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA		1,00		Baja
BIOMETRIA				
ECOGRAFIA OCULAR	OJO IZQUIERDO	1,00		Baja
	OJO IZQUIERDO	1,00		Baja

Profesional que clausura: GOMEZ ALVARADO JEN ESTID
CC 84092472 R.M. 84092472

Profesional que elabora: GOMEZ ALVARADO JEN ESTID CC 84092472 R.M. 84092472

Fecha y hora del registro: 05/04/2024 11:35 a.m.

Oftalmolaser

OFTALMOLASER SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DEL HUILA
N.I.T:813010145-1
Teléfono 8723835 Fax 8716264

283

Fecha: 05/04/2024 11:35 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 621653 ORDEN EXT No. 1624469
Paciente: CC 16190204 VARON CAICEDO ERNESTO F. Nacimiento 05/08/1944 EDAD: 79 a 8 m 0 d GENERO: MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: ASMETSALUD PGP

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización/Indicación/Justificación	Dirigido a
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód. Referencia: 890376	OFTALMOLOGIA	1,00	Baja	0	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
H259	CONFIRMADO NUEVO	CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: GOMEZ ALVARADO JEN ESTID - Registro Médico: 84092472 Dependencia: APOYO TERAPEUTICO FLORENCIA

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000112

Pagado a: 1,006,530,508 SUAREZ VARGAS MABERLY

Dirección: VALPARAISO Valparaíso-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024 **Fecha:** 31/05/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $280,000.00 DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1006530508	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2		280,000.00	
11050501	1006530508	PAGO ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS MES MAYO 2024	2			280,000.00

Elaboro ADMIN 17/07/2024 4:15:10 p. m.	Reviso:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	05	2024	06

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

285

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
NABERLY SUAREZ VARGAS	C.C. (X) NIT	1,006,530,508

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
LAS BRISAS	3114556918	VALPARAISO - CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN UNIDAD	VALOR DE LA OPERACIÓN TOTAL
1	ACOMPAÑAMIENTO CITAS MEDICAS (TRANSPORTE, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERNO PARA DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE Y LA ACOMPAÑANTE) DURANTE EL DIA 14 DEL MES DE MAYO DEL 2024	280,000	280,000
			0

SON: DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.

TOTAL	$280,000.00
BASE GRAVABL	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA :

NOMBRE : NABERLY SUAREZ VARGAS

No C.C. : 1,006,530,508

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

FundECAD

286

FORMATO DE REMISIÓN DE PACIENTE PARA SOPORTE DE VIÁTICOS

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Arnulfo Reyes Arias.

N. CEDULA: 7509590.
EDAD: 73 años. SEXO: M X. F ____

NOMBRE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA ACOMPAÑANTE:
Maberly Suarez. Vargas.
N. CEDULA: 1006530508.

FECHA SALIDA: DIA 14 MES 05 AÑO 2024
FECHA DE REGRESO: DIA 14 MES 05 AÑO 2024

CUIDAD DE ORIGEN DE LA REMISION: Valparaiso, Caqueta
CUIDAD DESTINO DE REMISION: Florencia Caqueta
MOTIVO DE LA
REMISION: Consulta de primera vez por especialista en Cardiologia

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ EL VALOR DE $_____ MCTE, PARA VIÁTICOS CORRESPONDIENTES

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE: Maberly Suarez Vargas
CC: 100.653.05.08
CARGO: Aux Enfermeria
N. DE CELULAR: 3144556918.

Maberly =1

287

NAZHER
Centro Médico Especializado

IPS NAZHER CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO
NIT 901.244.764 1
Celular: 318 605 9077 Teléfono (8)4176911
Carrera 10 No 9 A - 72 La cooperativa
nazherome@gmail.com

ORDEN A SERVICIO

14	05	2024

N° Identificación: CC 7509590 | Nombre del Paciente: REYES ARIAS ARNULFO | Edad: 73 AÑOS | EPS:ASMET SALUD

CIE 10 [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [I255] CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA, [I351] INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) AORTICA, [I420] CARDIOMIOPATIA DILATADA, [I50X] INSUFICIENCIA CARDIACA

[CUPS], Nombre del Servicio, Prescripción, Cantidad Prescrita

1 [890228] CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA (1) → NAZHER
VER HC

2 [890366] CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA (1)
EN 3 MESES

3 [881204] ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL (1)

NAZHER

4 [895100] ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD (1)
SS/ REALIZAR EN II NIVEL Y LECTURA POR LA ESPECIALIDAD

5 [903065] PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO PRO-BNP PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO (1)

6 [902210] HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO (1)

7 [903895] CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (1)

8 [903026] MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL (1)

Fam' ULTIMO

9 [903817] COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL AUTOMATIZADO (1)

10 [903868] TRIGLICERIDOS (1)

11 [903818] COLESTEROL TOTAL (1)

12 [904904] HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE (1)

13 [903841] GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (1)

14 [903605] IONOGRAMA CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO (1)

15 [903866] TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA (1)

16 [903867] TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (1)

Hernán Gómez Cabrera
Medicina Interna
R.M. 14295951
Universidad de Cartagena
GÓMEZ CABRERA HERNÁN
Especialidad: MÉDICO

R.M. 14295951 - Firmado Electrónicamente.

NAZHER
Centro Médico Especializado

IPS NAZHER CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO
NIT 901 244 201 1
Celular: 314 605 9072 - Teléfono: (8)4376913
Carrera 10 No 9 A 22 La cooperativa
nazhercme@gmail.com

188

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD GENERAL

DATOS PERSONALES

Atención N°: 88,723

Ciudad y Fecha: FLORENCIA (CAQUETÁ, COLOMBIA) 14/05/2024 - 11:55 A. M. Empresa: ASMET SALUD

Tipo Evaluacion Medica: CONSULTA POR MEDICINA INTERNA PRIMERA VEZ Cargo: SOLICITUD ACEÑO

Nombres y Apellidos: REYES ARIAS ARNULFO CC: [illegible] Fecha de Nacimiento: 2/04/1950 Edad: 73 AÑOS 1

Lugar de Nacimiento: Dir. Residencia: ANCIANATO VALPARAISO Teléfono: 3214739649

Estudios: PRIMARIA Estado Civil: CASADO(A) E.P.S: ASMET SALUD A.F.P: NO REFIERE A.R.L: NO REFIERE

MOTIVO DE LA CONSULTA

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE MABERLY SUAREZ VARGAS (AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOGAR GERIÁTRICO DIVINO NIÑO VALPARAISO). PACIENTE ES DERIVADO DE PROGRAMA DE CRÓNICOS PYP POR SUS COMORBILIDADES Y RIESGO CARDIOVASCULAR. REFIERE DOLOR TORÁCICO DE APARICIÓN OCASIONAL, TIPO PUNZADA NIEGA DISNEA, NIEGA EDEMA DE MMII.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE MABERLY SUAREZ VARGAS (AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOGAR GERIÁTRICO DIVINO NIÑO VALPARAISO). PACIENTE ES DERIVADO DE PROGRAMA DE CRÓNICOS PYP POR SUS COMORBILIDADES Y RIESGO CARDIOVASCULAR. REFIERE DOLOR TORÁCICO DE APARICIÓN OCASIONAL, TIPO PUNZADA, NIEGA DISNEA, NIEGA EDEMA DE MMII.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Item	Observación
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
CÁNCER	NO REFIERE
OTROS	

ANTECEDENTES PERSONALES

Item	Observación
HTA	DX A LOS 61 AÑOS APX, SI
DIABETES	NO REFIERE
ENF RENAL	NO REFIERE
ENF ARTICULAR	NO REFIERE
TBC	NO REFIERE
VENEREAS	NO REFIERE
SIND CONVULSIVO	NO REFIERE
INMUNOLOGICOS	NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES	NO REFIERE
TOXICOS ALERGICOS	NO REFIERE
TRAUMATICO	NO REFIERE
QUIRURGICOS	CORONARIOGRAFIA 2017
ESCLEROTERAPIA PREVIA	NIEGA
PLANIFICACIÓN	NIEGA
FACTORES AGRAVANTES	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (2017) REVASCULARIZADA PERCUTÁNEAMENTE AL PARECER CD
OTRO	FARMACOLÓGICOS, ASA 100X1, ATORVASTATINA 20X1, LOSARTAN 50X2, NO RECUERDA MEDICACIÓN FARMACOLÓGICOS, CARVEDILOL 25X2, LOSARTAN 50X2, FARMACOLÓGICOS CARVEDILOL 6.25X1 LOSARTAN 50X2, TICAGRELOR 90X2

REVISIÓN POR SISTEMAS

Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO

MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES ANEPU	NO
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	
OBSERVACIONES	

ACTIVIDAD FÍSICA

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA

HÁBITOS TÓXICOS

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUM	NO	0	NINGUNO
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA

SIGNOS VITALES

Tension Arterial: 125 / 69 **Frecuencia Cardiaca:** 90 x minuto **Frecuencia Respiratoria:** 18 x minuto
Temperatura: 36.00 °C **Peso:** 67.00 kg **Talla:** 160 cm **IMC:** 26.17 Preobeso
Perimetro Abdominal: cm **Interpretación:** **Lateralidad Dominante:** DIESTRO

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico	Hallazgo
OBSERVACIONES	PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL CCC/ MUCOSAS HÚMEDAS, NORMOCROMICAS, NO PLÉTORA YUGULARCP/ RSCSRS NO AUSCULTO SOPLOS, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS ABD/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO PALPO MASAS NI MEGALIAS EXT/ NO EDEMAS, PULSOS DISTALES +++/+++ SNC/ SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

CONSULTAS REALIZADOS

Examen Paraclínico y/o Procedimiento	Valor	Resultado
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA	N	NO APLICA

OBSERVACIONES PARACLINICOS

22/09/2022 CREATININA 0.9 ALBUMINA EN ORINA 24H 15.3 CREATININA EN ORINA ESPONTANEA 56 CREATININA EN ORINA 24H 63.6 MICROALBUMINURIA 18.4.
24/05/2022 ECOTT: CONCLUSIONES: 1. VENTRÍCULO IZQUIERDO DILATADO CON HIPERTROFIA EXCÉNTRICA MODERADA DE SUS PAREDES, FUNCIÓN SISTÓLICA DEPRIMIDA, FEVI: 45% (SIMPSON BP). FUNCION DIASTOLICA NO VALORABLE 2. CON TRASTORNOS DE LA CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA DESCRITOS 3. VENTRÍCULO DERECHO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL FUNCIÓN SISTOLICA CONSERVADA 4. INSUFICIENCIA AÓRTICA LEVE 5. SIGNOS INDIRECTOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

ARTERIOGRAFIA DE 29-09-2021 CON ADA CON STENT PERMEABLE EN EL TERCIOMEDIO, CX .

ANALISIS

CARDIOVASCULAR MUY ALTO
TE CON ANTECEDENTE DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA REVASCULARIZADA PERCUTÁNEAMENTE CON STENT (2017)
ÁRTICA LEVE + INSUFICIENCIA CARDIACA DE ORIGEN ISQUÉMICO CON FEVI LEVEMENTE DISMINUIDA DEL ACTUALMENTE CON EPISODIOS DE DOLOR TORÁCICO Y DISNEA OCASIONAL SE DEBE VALORAR RUCTURA Y FUNCIONALIDAD MIOCÁRDICA POR LO QUE SE SOLICITAN ESTUDIOS; POR PROTOCOLO SE IVA A CARDIOLOGÍA
A CUMPLE META DE CIFRAS TENSIONALES, SE CONTINÚA MANEJO ANTIHIPERTENSIVO
E DESCONOCE PERFIL LIPÍDICO PERO METAS DE LDL PARA EL PACIENTE DEBEN SER LDL < 55 MG/DL
E SOLICITA PERFIL DE CARDIOMETABÓLICO
CONTROL EN 3 MESES CON PARACLÍNICOS QUE DEBE REALIZARSE 1 SEMANA ANTES DEL CONTROL

NOTA: TRAER EN EL PRÓXIMO CONTROL TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA EN LA CASA, NO TRAER FÓRMULAS

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL
I255	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL
I351	INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) AORTICA	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL
I420	CARDIOMIOPATIA DILATADA	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL
I50X	INSUFICIENCIA CARDIACA	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL

PLAN DE TRATAMIENTO

NO APLICA

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANT	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 1

NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	VER HC	1	14/05/2024 12:08:55p. m.
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	EN 3 MESES	1	14/05/2024 12:09:05p. m.
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL		1	14/05/2024 12:09:13p. m.
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SS/ REALIZAR EN II NIVEL Y LECTURA POR LA ESPECIALIDAD	1	14/05/2024 12:09:27p. m.
PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO PRO-BNP PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO		1	14/05/2024 12:09:45p. m.
HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO		1	14/05/2024 12:09:56p. m.
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	14/05/2024 12:09:55p. m.
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		1	14/05/2024 12:10:00p. m.
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL AUTOMATIZADO		1	14/05/2024 12:10:06p. m.
TRIGLICERIDOS		1	14/05/2024 12:10:09p. m.
COLESTEROL TOTAL		1	14/05/2024 12:10:16p. m.
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		1	14/05/2024 12:10:25p. m.
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		1	14/05/2024 12:10:33p. m.
IONOGRAMA CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO		1	14/05/2024 12:10:40p. m.
TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA		1	14/05/2024 12:10:53p. m.
TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA		1	14/05/2024 12:10:56p. m.

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0		
NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	**MOTIVO DE LA REMISIÓN**	**FECHA CREACIÓN**
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

ORDEN DE INCAPACIDAD N° 0			
MOTIVO DE LA INCAPACIDAD	**DIAS**	**TIPO**	**FECHA CREACIÓN**
NO APLICA	0	NO APLICA	NO APLICA

MÉDICO

Hernán Gómez Cabrera
Medicina Interna
C.C. 78 M. 14295951
Universidad de Cartagena

Firma:
Nombre: GÓMEZ CABRERA HERNÁN
R. M.: 14295951
Especualidad: MÉDICO

PACIENTE

Firma:
Nombre: REYES ARIAS ARNULFO
CC: 7966590

292

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y

Nit 901,340,932-6

IVA Régimen Común

FLORENCIA - CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD Teléfono :3163724420

FUNDECAD

Oficina: 1 PRINCIPAL — COMPROBANTE DE EGRESO — CE 001 0000113

Pagado a: 1,088,344,862 FERRER MEZQUITA YAIZA

Dirección: FLORENCIA Florencia-Caquetá **Tel:**

Por concepto de: PAGO COMPRA DE MATERIALES PARA LA TOMA DE TENSION Y GLUCOSA **Fecha:** 31/05/2024

Cuenta: 11050501 Caja general **Cheque No:** 0

la suma de: $520,000.00 QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE

Cuenta	Identificación	Detalle	CC	Documento	Débito	Crédito
28051001	1088344862	PAGO COMPRA DE MATERIALES PARA LA TOMA DE TENSION Y GLUCOSA	2		520,000.00	
11050501	1088344862	PAGO COMPRA DE MATERIALES PARA LA TOMA DE TENSION Y GLUCOSA	2			520,000.00

Elaboro ADMIN 17/07/2024 4:25:03 p. m.	Reviso:	Aprobó:	Firma y cédula del Beneficiario:
LORENA MACHA	Alejandro Z	Alejandro Z	

D	M	A	CONSECUTIVO #
31	05	2024	06

293

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA NATURAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
YAIZA FERRER MEZQUITA	C.C. (X) NIT	1,088,344,862

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD DE DOMICILIO
BARRIO LAS AVENIDAS	3163724420	FLORENCIA- CAQUETÁ

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
FUNDECAD	C.C. NIT (X)	901.340.932-6

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD	3163724420	FLORENCIA CAQUETÁ

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
		UNIDAD	TOTAL
1	MONITOR AUTOMATICO PARA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	360,000	360,000
5	TIRILLAS PARA GLUCOMETRO	32,000	160,000

SON: QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE.

TOTAL	**$520,000.00**
BASE GRAVABLI	0
IVA	0
RTE IVA	0

FIRMA : _____

NOMBRE : YAIZA FERRER MEZQUITA

No C.C. : 1,088,344,862

DECLARO QUE SOY DEL REGIMEN SIMPLIFICADO Y SEGÚN ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO NO ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.344.862

FERRER MEZQUITA

APELLIDOS

YAIZA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1997

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

30-SEP-2015 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P:2400100-00758110-F:1088344862-20151028 0047197047A 1 45070059

295

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14922774071

(415)7707212489984(8020) 000001492277407 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1088344862	1	Impuestos y Aduanas de Florencia 28	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1088344862	2015/09/30

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Risaralda 66	Pereira 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FERRER	MEZQUITA	YAIZA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Caquetá 18	Florencia 001

41. Dirección principal: CR 9 B 6 02 BRR LAS AVENIDAS

42. Correo electrónico: ferrermabogados@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3163724420	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6910	2016/06/06						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 | 22 | 49

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2023 - 06 - 27 / 16 : 42: 13

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre FERRER MEZQUITA YAIZA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 27-06-2023 04:43:05PM

REGISTRO FOTOGRAFICO



MONITOR AUTOMATICO P.A MODELO BP369A - DBLIFE TIPO BRAZO





TIRILLAS

