CLINICA DE ESPECIALISTAS SA

NIT 891856372 - 1

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764058533033 de 2023-10-24 a 2024-10-24
autorizado del FECE150001 al FECE300000
CR 9 A 14 17
7708686
SOGAMOSO Boyacá COLOMBIA

FACTURADO A:

UNASALUD UT-SENA
NIT 900518650 - 7
CLL 22 Nº 11A-73
SOGAMOSO - BOYACA - COLOMBIA
clinicassogamosout@gmail.com
3153162667

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NÚMERO:	FECE186276	**VENCIMIENTO:**	2024-07-28
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2024-06-28 17:25:59		
FORMA DE PAGO:	Crédito		
MEDIO DE PAGO:	Instrumento no definido		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	25142		MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL POR 24 HORAS, EN PACIENTE AMBULATORIO	1.00	$ 622,000.00	0	0	$ 622,000.00	$ 622,000.00

Observacion: Nota sobre el item

Cantidad de lineas: 1

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 356 PACIENTE: CC-19697135-OSMARIEL NOHEMI GUTIERREZ GUEDEZ- INGRESO: 1 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	$ 622,000.00
IVA:	$ 0.00
INC:	$ 0.00
DESCUENTO:	$ 0.00
ANTICIPOS:	$ 0.00

TOTAL A PAGAR **$ 622,000.00**

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: $ 0.00

Cuida el medio ambiente

CUFE: 28bd4fd4507ea59b9e83e59cbfba474f936668fed51b9d8856a4630dec86676c54db99917d3330c6beb752556e1b54a4

Elaborado por:

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico y Fabricante del Software: PL-Colab

CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.

SEDE UNICA

SOMOS SU MEJOR OPCION

NIT 891856372-1 COD: 157590059201

DIRECCIÓN: CR 9 A 14 17 SOGAMOSO TELÉFONO: 7708686

FECHA: 28/06/2024
VENC: 28/07/2024
PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 186276

NUMERO ID.: CC 19697135 BOGOTA	NIT 900518650-7
NOMBRE: OSMARIEL NOHEMI GUTIERREZ GUEDEZ	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 32287826 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 Nº 11A-73
DIRECCION: CALLE 1 CONJUNTO CANDELARIA	CONTRATO: SENA
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 33 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N

No. HISTORIA: 19697135 P.P. 299 P.S. 02

FECHA INGRESO: 28/06/2024 FECHA CORTE: 28/06/2024 FECHA SALIDA: 28/06/24 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN: 356 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
25142	001	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL POR 24 HORAS, EN P ACIENTE AMBULATORIO	622.000,00	1	622.000,00

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**1**	**622.000,00**
TOTAL FACTURA:		**622.000,00**

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	622.000,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
VALOR A PAGAR POR EL USUARIO	0,00
ABONOS	0,00
VALOR IVA	0,00
SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO	0,00
VALOR PAGADO POR EL USUARIO	0,00
VALOR NO PAGADO POR EL USUARIO	0,00

SON EN TOTAL :

Valor a pagar por la empresa:
SEISCIENTOSVEINTIDOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

OSMARIEL GUTIERREZ

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

SANDY GUEVARA

Responsable Facturación SANDY NATALIA GUEVARA BAEZ
Sede: SEDE UNICA

Fecha Rec. _____

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario

Recibimos los servicios expresados en esta factura y en consecuencia pagaremos a la orden CLINICA ESPECIALISTAS S.A. la totalidad del impor
te La presente factura de venta se asimila a una letra de cambio para todos sus efectos(Art.772-774 C.Co) y causa intereses de mora a partir
del vencimiento Reg Común. Agente retenedor de IVA. No somos autorretenedores. Cod Activ Economica 8610
AUTORIZACION DE FACTURACION ELECTRONICA NUMERO 18764058533033 DEL 24/10/2023. VIGENCIA 12 MESES DESDE EL NUMERO FECE 150.001 HASTA EL NUMERO FECE 300.000.
RESOLUCION NO. 18764058533033 DEL 24/10/23. DESDE EL NO. FECE150001 HASTA EL NO. FECE300000

Impreso: 2024-06-20

186276

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 356

Adscrito:	177041 - UNASALUD U.T
Dirección:	C.LAG. CLL 22 Nº11A 73 y C.ESP.CRA 9A Nº14-17 SOGAMOSO
Teléfono(s):	7703680 - 7704400
Especialidad:	CLINICAS - HOSPITALES - ODONTOLOGIA - CLINICAS - HOSPITALES

HC: 19697135

Favor atender por nuestra cuenta a GUTIERREZ GUEDEZ OSMARIELY NOHEMI identificado con el carne 9530086-F Conyuge de FAJARDO PRECIADO FERNANDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

HOLTER DE TENSION ARTERIAL 24 HORAS (MAPA)

DX: HTA?

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.
891856372 - 1
IMAGENES DIAGNOSTICAS

Fecha: 04/07/24
Hora: 10:18:16
Página: 1

* Filtrado por fecha de atención

Paciente:	**CC**	**19697135**	**OSMARIEL NOHEMI GUTIERREZ GUEDEZ**
Edad:	**33**	**AÑOS**	

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 895004 **MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 04/07/2024 10:18:06
REALIZADO POR: LUIS FERNANDO GAMBA SANCHEZ
RESULTADOS : MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL 24 HORAS
NOMBRE OSMARIELY GUTIERREZ EDAD
CEDULA 19697135 ENTIDAD SENA
FECHA 28/06/2024
OPINION:
MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIO
TECNICA SATISFACTORIA, LECTURA CORRECTA
AUSENCIA DE CARGAS DIASTOLICAS EN AMBOS CICLOS CIRCADIANOS
AUSENCIA DE CARGAS SISTOLICAS EN AMBOS CICLOS CIRCADIANOS
PRESION DE PULSO NORMAL
DESCENSO NOCTURNO PRESENTE
TENSION ARTERIAL NORMAL

Atentamente,

DR. LUIS FERNANDO GAMBA S.
MEDICO INTERNISTA
CARDIOLOGO
R.M. 151196/2010

LUIS FERNANDO GAMBA SANCHEZ
Reg. MD. 74243474
CARDIOLOGIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5938424

GUTIERREZ GUEDEZ
APELLIDOS

OSMARIELY NOHEMI
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

19697135
DNI Nro.

19-08-1990
FECHA DE NACIMIENTO

09-06-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

FIRMA

E2096282

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5938424<<3<<<<<<<<<<<<<<<
9008191F3105308VENE2096282<<<5
GUTIERREZ<GUEDEZ<<OSMARIELY<NO

9530086 - F

Osmariely Nohemi

Gutiérrez Guedez

Id. N°. 19697135 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento:
19-08-1990

RH: O+

SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilización indebida acarrea al funcionario y beneficiario sanciones establecidas por la entidad.

Osmariely Nohemi
Gutiérrez Guedez
RH: O+

9530086 - F

Fecha de Expedición: 03-12-2021

SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Clínica de Especialistas	PROCESO SEGURIDAD DEL PACIENTE SUBPROCESO PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	FECHA DE EMISIÓN: FEBRERO DE 2024
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL		FECHA DE REVISIÓN: FEBRERO DE 2029
CÓDIGO: M13-79-PRD-100-FOR-713	PÁGINA 1 DE 1	VERSIÓN:1

1. ¿Qué es?

Es un procedimiento no invasivo que permite llevar un registro continuo y completo de la presión arterial de forma ambulatoria por un periodo de tiempo determinado, generalmente durante 24 horas.

2. ¿Para qué sirve?

Permite analizar el comportamiento de las cifras de presión arterial (sistólica y diastólica) a lo largo del día, con los acontecimientos cotidianos, con los resultados obtenidos el especialista toma las decisiones terapéuticas apropiadas.

3. ¿Cómo se realiza?

Se coloca un brazalete en el brazo no dominante, este brazalete está conectado mediante una manguera a la grabadora, la cual se programa para su funcionamiento, realizando tomas de presión arterial cada 30 minutos durante el día y cada 45 minutos durante la noche. Usted llevará un registro diario de las actividades que realiza y como se siente. Es importante que pueda continuar con sus actividades normales mientras lo esté usando. Se retira 24 horas después de colocarlo y luego se lee en un programa sistematizado donde se analizan los datos.

4. ¿Qué riesgos tiene?

Este procedimiento no tiene ningún riesgo ni complicación, como efecto secundario debido a la presión que ejerce el brazalete constantemente en el brazo puede generar dolor o molestia mínima.

5. Alternativas de estudio

Este examen no supone riesgos, contraindicaciones, ni molestias al paciente, se toma como único examen diagnostico en su modalidad.

Fecha: L 28.06.2024

Yo, Osmaldy Johana Cortez Identificada/o con número de documento L1969133 en representación de la/el paciente _____ Identificada/o con número de documento _____, habiendo leído previamente y comprendido la naturaleza y propósito de dicho examen, los insumos involucrados, beneficios, posibles complicaciones o efectos secundarios, riesgos y consecuencias, declaro estar debidamente informado/a y tomo la decisión de manera libre y voluntaria, doy mi consentimiento para que me sea realizado un MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
CÉDULA: L 1969133

PROFESIONAL - ESPECIALISTA
CÉDULA: _____