PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 1 del 23/08/2024	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	**Dirección Regional Nariño.**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	**SONIA NARDET VITERI ROSERO**
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	N/A
CONTRATO No:	**CO1.PCCNTR.6407034 DE 2024**
TIPO DE CONTRATO:	**Minima Cuantia**
OBJETO:	Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño, para la vigencia 2024, lote 1
VALOR:	$ 25.000.000
CONTRATISTA:	**PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. PROINSALUD S.A S**
NIT:	800.176.807-4
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Municipio de Pasto – SENA Regional Nariño
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	7 de junio del 2024
FECHA DE INICIO:	18 de junio del 2024
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	18 de junio del 2024 al 31 de diciembre del año 2024
FORMA DE PAGO:	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a pagar el valor del contrato subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto de la siguiente manera: El Sena pagará dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista cuando esta se deba expedir, previa recepción de los servicios a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Además, el contratista debe anexar la certificación de pago de los aportes parafiscales, seguridad social (esto en cumplimiento de las leyes 789 de 2002 y 828 de 2003). El pago estará sujeto a la disponibilidad de PAC. El SENA efectuará las retenciones que en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su

	obligación efectuar la retención. En los demás casos, el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación, si es del caso. Deberán ser tramitadas por el CONTRATISTA, las devoluciones o exenciones a que crea tener derecho ante la respectiva Administración de Impuestos, sin responsabilidad alguna por parte del SENA o costo para ella. Todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la constitución de la garantía única de cumplimiento en caso de que se le requiera, son de cargo exclusivo del CONTRATISTA. Por lo tanto, los precios que se propongan deberán considerar tales conceptos. En el evento de que las facturas no estén correctamente diligenciadas o no se acompañen de los documentos exigidos como requisito para el pago, el término para el mismo sólo empezará a contar a partir de la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y, las mismas, no generarán pago de intereses o compensación alguna por parte del SENA. La factura deberá expedirse a nombre del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, NIT 899.999.034-1, y cumplir con lo estipulado en el artículo 616-1 y 617 del estatuto tributario. Nota 1: El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta que indique el contratista, para lo cual deberá entregar al SENA, dentro del término que indique la Entidad, una certificación bancaria vigente, con fecha de expedición no mayor a 30 días. Nota 2: Para la realización del pago derivado del presente contrato, el contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de los aportes parafiscales y a lo relativo al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.Nota 3. Deberán cumplir con el cargue de los documentos requeridos para el cobro en la respectiva línea de pago en el expediente digital del SECOP, dichos documentos se identifican como FV, GF y GF. Documentos que se apoyan en su proyección desde el área de contratación del centro de formación pero que serán agrupados con la totalidad de documentos que los contienen, así: FV: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFEGF: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE, comprobante de pago

	de la seguridad social del periodo, certificado de paz y salvo por los últimos 6 meses de los aportes parafiscales, si el certificado va firmado por contador y/o revisor fiscal se acompañará de la tarjeta profesional y del certificado de antecedentes de JCC, RUT con expedición inferior a 180 días, Certificación Bancaria con expedición inferior a 3 meses. GC: Informe de supervisión y evidencias de entrega y cumplimiento del bien o servicio. Nota 3: En todo caso, los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), aprobado por la Dirección General de la Entidad y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

OBLIGACIONES (Incluya todas las obligaciones contractuales)	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
El contratista deberá presentar junto con el pago el soporte o recibo de cancelación de la planilla de las obligaciones al Sistema de Seguridad Social (salud, pensión y riesgos laborales). sistema de seguridad social integral, parafiscalidad (cajas de compensación familiar, SENA, ICBF), y cuota de aprendices si lo amerita y acreditar encontrarse a paz y salvo		**DOCUMENTO CARGADO Y PRESENTADO**
El Contratista deberá entregar a la Entidad con el pago Certificación del Nivel de Riesgo al cual pertenece, emitida por la ARL con fecha de expedición no mayor a 30 días calendario		**DOCUMENTO CARGADO Y PRESENTADO**

El contratista deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados		**DOCUMENTOS PRESENTADOS CARGADOS Y REVISADOS**
El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a beneficiarios del servicio médicoasistencial		
Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Nariño, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos, mediante el carné vigente y la orden de atención expedida por el médico asesor de la Regional Nariño, la cual será válida por un mes		**EL BENEFICIARIO DEBE PRESENTAR ORDEN DE AUTORIACION DADA POR LA MEDICA ASESORA Y ADJUNTAR COPIA DE CEDULA Y CARNET IDENTIFICANDOSE ASI COMO BENEFICIARIO DEL SMA**
La atención para los beneficiarios del SMA, debe ser preferencial y en consultorio privado.		
En caso de solicitar ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, debe anexar por		

escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud		
Llevar la historia clínica debidamente diligenciada, efectuar la remisión oportuna y dejar constancia con fecha exacta de cada atención o control que se haya prestado a cada paciente		
Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo		
Permitir el acceso a las historias Clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados		
Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenesde atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la factura subir a la plataforma Secop II. **Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas**		**EL CONTRATISTA DEBE ADJUNTAR LA DOCUMENTACION SOLICITADA POR EL SENA PARA EL TRAMITE DE PAGO Y ESTA DEBE SER CARGADA EN LA PLATAFORMA DE SECOP2 PARA SU APROBACION**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten		**SE INFORMO A LA EMPRESA QUE PARA**

suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad		**EVITAR ESTO SE LOS BENEFICIARIOS SE DEBEN IDENTIFICAR CON CARNET DEL SENA**
Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión médica		
Ejecutar el objeto del presente contrato en los plazos establecidos, bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras estipuladas en las cláusulas correspondientes y deacuerdo con su oferta según corresponda la cual hace parte vinculante del contrato		

FECHA	No. DE FACTURA	VALOR A CANCELAR	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
Mes de julio 2024	**Cuenta de cobro 9682**	**$ 104.800**	**$ 104.800**	**$ 24.895.200**	

OBSERVACIONES

En desarrollo de las funciones de supervisión me permito certificar mediante la presente Acta que: EL CONTRATISTA **PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. PROINSALUD S.A S identificado con NIT N°. 800.176.807-4** ha cumplido a satisfacción con el objeto del contrato Prestar el servicio de especialistas en oftalmología y lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico

Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesordel SENA Regional Nariño, para la vigencia 2024, lote 1, Identificado al inicio de esta acta, razón por la cual se le debe reconocer por concepto de pago la cuenta de cobro número 9682 **correspondiente a la mes de julio** del 2024 por la suma de **($ 104.800)** correspondiente al cumplimiento del objeto contractual.

Adicional a lo anterior, certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto del pago solicitado, y que es procedente la ordenación de pago respectiva, Igualmente certifico que **se ha dado cumplimiento a las obligaciones señaladas en el Manual de Supervisión e Interventoría del SENA y el Estatuto Anticorrupción**, y entre las cuales se encuentra la verificación de que el contratista se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, aportes parafiscales

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

Supervisor: **SONIA NARDET VITERI ROSERO**

Cargo: **LIDER SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL**

CC No. **30728850**

Elaboró: Diego Guerrero Ch.

Revisó: Sonia Nardet Viteri R.

cargo: líder SMA y SST

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.
NIT : 800,176,807 - 4
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO
PASTO-NARIÑO - COLOMBIA
6027336200 7336200
facturacion.electronica@proinsalud.co
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8610 Tarifa 6,00

Cliente	SENA		
NIT	899,999,034 - 1	**Teléfono**	7310124
Dirección	CALLE PRINCIPAL PASTO	**Vendedor**	VENDEDOR PROINSALUD
Ciudad	PASTO-NARIÑO - COLOMBIA	**Centro Costo**	1.201
Correo	proinsalud@proinsalud.co		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 67924

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-07-31	02:58:03
Expedición	2024-07-31	15:08:37
Vencimiento	2024-07-31	

Item	Codigo	Descripcion	Und	Cantidad	V. Unit	Valor Total
1	4110103602	39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	UND	1.00	52,400.00	52,400.00

Total Items 1

Total Bruto	52,400.00
Total a Pagar	**$ 52.400,00**

CONDICION DE PAGO

Credito	Eps Subsidiado 130206	Otro*	Cuota 1 F - 010- 67924 Vence el 2024-07-31	52.400,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Dos Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 1085347072 ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ Edad: 24 Servicio: Oftalmologia Ingreso: 2024-07-15 Egreso: 2024-07-15 Dx: H521 MIOPIA Municipio: PASTO Estrato: 1 Regimen: 1 Tp.Afiliacion: C

Firma Elaborado por : PROCESOS GENERA

Firma Recibido

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**. 18764059621145 **aprobado en** 2023-11-09 **hasta el** 2024-11-08, **vigencia** 1 Años, **prefijo** FE **desde el número** 42077 **al** 100000

CUFE :278306f65b1be4e9392c64b16b0073b6f5b6d6c0e08aff984900cc70bf04648f36bc50cdca5df630bc6090b6d91ad261

ORIGINAL

Profesionales de la Salud S.A.	FACTURA DE VENTA	CODIGO: FAFAC-13	FECHA DE ELABORACION: 30 de Diciembre de 2011
		VERSION: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 12 de enero de 2021
			HOJA: 1 DE: 1 1

Fecha Elaboracin de Factura: 16/07/2024 Factura Nro: **FE 67924**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566

FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

Admisin:	Identificacin: 1085347072	Autorizacin:
Nombre: ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ	Fecha Nacimiento: 04/10/1999	Edad: 24 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 15/07/2024	Estrato: 1
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 15/07/2024	Rgimen: 1
Dx: H521 MIOPIA		Servicio: Oftalmologia

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Optometria			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	52,400	52,400

SUBTOTAL:	52,400
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**52,400**

SON: CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ

	ELABORADO:	REVISADO:	APROBADO:
FIRMA			
CARGO	Coordinador Facturación	Coordinador S.G.C.	Gerente Geenral

15-07-2024

Particular 628

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 429 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 3/07/2024

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A: ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ	CARNE No. 31537640-A
FAMILIAR DE. LINA MARIA DIAZ	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☒

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
890276

OBSERVACIONES: PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR SU ESPECIALIDAD, EN CLINICA PAREDES, ANTE CAMBIO DE PRESTADOR, RENUEVO ORDEN PARA DEFINIR CONDUCTA.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J. Montero
Medico General
RM 1094905073
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI _____

C.C.No.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.347.072

MELENDEZ DIAZ

APELLIDOS

ANDREA CAMILA

NOMBRES

Andrea Camila Melendez D





FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1999

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

05-OCT-2017 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2300100-00049455-F-1085347072-20171026 0058258935A 1 49166119

Powered by CamScanner



31.537.640-A

ANDREA CAMILA
MELENDEZ DIAZ

C.C. 1.085.347.072 de Pasto

RH: O+

Fecha de Nacimiento 04/10/1999

SENA
REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Lina María Díaz Díaz

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 sanciones establecidas.

Firma AUTORIZADA

William Orlando Narváez Marcillo

Powered by CamScanner

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

NIT : 800,176,807 - 4
CL 14 34 24 BRR SAN IGNACIO
PASTO-NARIÑO - COLOMBIA
6027336200 7336200
facturacion.electronica@proinsalud.co
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8610 Tarifa 6,00

Cliente	SENA		
NIT	899,999,034 - 1	**Teléfono**	7310124
Dirección	CALLE PRINCIPAL PASTO	**Vendedor**	VENDEDOR PROINSALUD
Ciudad	PASTO-NARIÑO - COLOMBIA	**Centro Costo**	1.201
Correo	proinsalud@proinsalud.co		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 86585

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-08-09	02:00:39
Expedición	2024-08-09	10:03:11
Vencimiento	2024-08-09	

Item	Codigo	Descripcion	Und	Cantidad	V. Unit	Valor Total
1	4110103602	39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	UND	1.00	52,400.00	52,400.00

Total Items 1

Total Bruto	52,400.00
Total a Pagar	**$ 52.400,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Eps Subsidiado 130206 Otro* Cuota 1 F - 010- 86585 Vence el 2024-08-09 52.400,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Dos Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Admision: Paciente: 27077477 DIAS DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY Edad: 77 Servicio: Oftalmologia Ingreso: 2024-07-18 Egreso: 2024-07-18 Dx: H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO Municipio: PASTO Estrato: 4 Regimen: 6 Tp.Afiliacio

Firma Elaborado por : PROCESOS GENERA

Firma Recibido

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18764059621145 **aprobado en** 2023-11-09 **hasta el** 2024-11-08, **vigencia** 1 Años, **prefijo** FE **desde el número** 42077 **al** 100000

CUFE :4d7bbbae31fc453a9a899e998767595e62cb266ed4f608c0d90cfc5279aae3fec0beda370bdc351e0cea842c8d848503

ORIGINAL

Fecha Elaboracin de Factura: 30/07/2024 Factura Nro: **FE 86585**

Nombre del Contrato o Particular: 179 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Nit: 899999034-1

DEBE A:

PROFESIONALES DE LA SALUD - PROINSALUD S.A.

Nit: 800176807-4

Calle 14 # 34-24 San Ignacio - Pasto - Nariño - Colombia - Tel: 7336200 ext 566

FACTURA. IMPRESA POR COMPUTADOR - ARTICULO. 617 E.T.-Num FE 30001 al 100000-RES. DIAN 18764038995750-2022/11/02 Somos grandes contribuyentes según resolución 012635 del 14 de Diciembre de 2018. Agentes de retención de IVA

Admisin:	Identificacin: 27077477	Autorizacin:
Nombre: DIAS DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY	Fecha Nacimiento: 08/05/1947	Edad: 77 Años
Municipio: PASTO	Fecha de Ingreso: 18/07/2024	Estrato: 4
Tipo Afiliacin: C	Fecha de Egreso: 18/07/2024	Rgimen: 6
Dx: H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO		Servicio: Oftalmologia

CONCP	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
		Oftalmologia			
		Consulta y Honorarios Médicos			
	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	52,400	52,400

SUBTOTAL:	52,400
Copago: 0%	0
Descuento: 0%	0
Cuota Moderadora:	0
NETO A PAGAR:	**52,400**

SON: CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

CONTROLADO

Firmas: VIVIANA ANDREA BASTIDAS NARVAEZ
Facturador

DIAS DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY

18 - 09 - 2024

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 20/06/2024

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PROINSALUD	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A: MARGOTH NOHEMY DIAZ DE ARTEAGA	CARNE No. 98393542-A
FAMILIAR DE. JUAN CARLOS ARTEAGA	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. ☐ X ☐ ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

COSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 76 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HTA, SINDROME DE OJO SECO, EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA CLINICA PAREDES, ANTE CAMBIO DE PRESTADOR EXTERNO, SE RENUEVA ORDEN

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL				DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA	MES	AÑO	HORA:			

Lorena J. Montero
Médico General
R.M. 1094905073
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

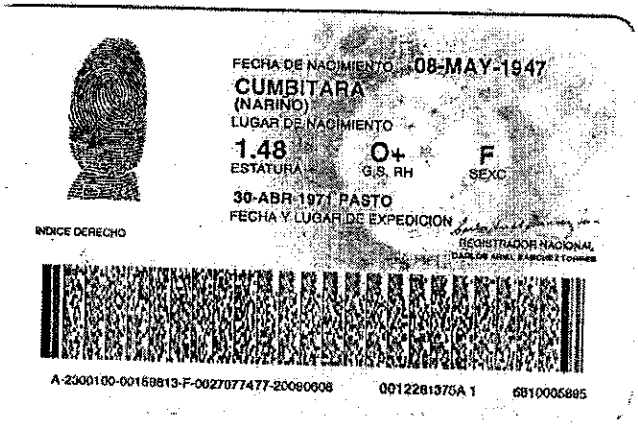
COORDINADOR

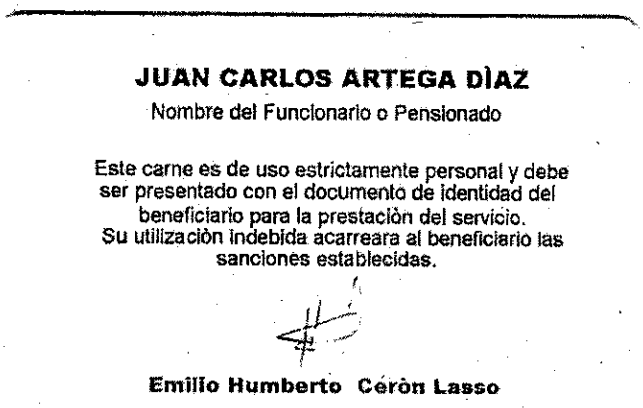
RECIBI _____

C.C.No.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 27.077.477
DIAZ De ARTEAGA
APELLIDOS
MARGOTH NOHEMY
NOMBRES
FIRMA


NARIÑO
98393542-A
MARGOTH NOHEMY
DÌAZ De ARTEAGA
C.C 27.077.477
RH O+
Fecha de nacimiento 08/05/1947
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL


FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1947
CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-ABR-1971 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2300100-00159813-F-0027077477-20090608 0012281375A 1 6810005895


JUAN CARLOS ARTEGA DÌAZ
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