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:	FECE186900	**VENCIMIENTO:**	2024-08-03
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2024-07-04 17:02:07		
FORMA DE PAGO:	Crédito		
MEDIO DE PAGO:	Instrumento no definido		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	21136		RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	1.00	$ 99,300.00	0	0	$ 99,300.00	$ 99,300.00

Observacion: Nota sobre el item

Cantidad de lineas: 1

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 410 PACIENTE: TI-1145328052-GABRIEL ALEJANDRO MARTINEZ PATI¨O- INGRESO: 2 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	$ 99,300.00
IVA:	$ 0.00
INC:	$ 0.00
DESCUENTO:	$ 0.00
ANTICIPOS:	$ 0.00

TOTAL A PAGAR **$ 99,300.00**

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: $ 0.00

Cuida el medio ambiente

CUFE: 430f336333da31f9df7e229788e91ba694ba0eea8da79a86a0ed2df05ed017642993b86838b4d083e6f3a1218336fabf

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: 04/07/2024
VENC: 03/08/2024
PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 186900

NUMERO ID.: TI 1145328052 SOGAMOSO	NIT 900518650-7
NOMBRE: GABRIEL ALEJANDRO PATIÑO MARTINEZ	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3006287567 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 Nº 11A-73
DIRECCION: CRA 1A ESTE N 8-24	CONTRATO: SENA
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 7 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N

No. HISTORIA:1145328052 P.P. 299 P.S. 02

FECHA INGRESO:04/07/2024 FECHA CORTE: 04/07/2024 FECHA SALIDA:04/07/24 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:410 NOMBRE AUTORIZADORP MORENO

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
21136	001	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	99.300,00	1	99.300,00

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**1**	**99.300,00**
TOTAL FACTURA:		**99.300,00**

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	99.300,00
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:
NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

GABRIEL PATIÑO

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

DEISY CALIXTO

Responsable Facturación DEISY CAROLINA CALIXTO CRUZ
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
Programa Licenciado a: CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A. 891856372 7J.0 *HOSVITAL*

18900

Impreso: 2024-06-25

4.7.24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 410

Adscrito:	177041 - UNASALUD U.T
Dirección:	C.LAG. CLL 22 N°11A 73 y C.ESP.CRA 9A N°14-17 SOGAMOSO
Teléfono(s):	7703680 - 7704400
Especialidad:	CLINICAS - HOSPITALES - ODONTOLOGIA - CLINICAS - HOSPITALES

HC: 1145328052

Favor atender por nuestra cuenta a PATIÑO MARTÍNEZ GABRIEL ALEJANDRO identificado con el carne 9399100-F Hijo de PATIÑO CAMACHO JOSE GABRIEL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Rayos X	1	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO

DX: RINITIS CRONICA

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. 1052389518

creada por: pmoreno

7166
AGR

Clínica de
Especialistas S.A.
Somos Su Mejor Opción

Clínica de Especialistas S.A.
Teléfono 6087708686
Dir. Calle 14 No 9A - 20
Sogamoso. - Boyacá

Nombre del Paciente:	***PATIÑO MARTINEZ GABRIEL ALEJANDRO***		
Fecha Nacimiento:	27/10/2016	Cédula/ID:	1145328052
Fecha del Estudio:	04/07/2024	Estudio ID:	7166 AGR SENA
Referido Por:	NO DISPONIBLE	Sexo:	M
Descripción Estudio:	NO DISPONIBLE		

RX CAVUM FARINGEO

Se identifica prominencia del tejido adenoideo con un diámetro anteroposterior de 14 mm que disminuye de manera sutil la amplitud de la vía aérea en la nasofaringe

El resto de la vía aérea es de curso y calibre usual.

Guillermo Andrés Archilla Reyes
Médico Radiólogo
Registro Médico 74082397

ESTANDARES COMPATIBLES:



FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-2016
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-OCT-2034 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
09-NOV-2023 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



P-0227700-01355837-M-1145328052-20231117 0137301216A 1 8810010351

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.145.328.052
PATIÑO MARTINEZ

APELLIDOS
GABRIEL ALEJANDRO

NOMBRES

Gabriel Alejandro

FIRMA





9399100-F

Gabriel Alejandro
Patiño Martinez

Id. N°. 1,145,328,052 de Duitama
Fecha de Nacimiento: 27/10/2016
RH: B+

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 beneficiario las sanciones establecidas.

Gabriel Alejandro
Patiño Martinez
RH: B+

9399100-F

Fecha de Expedición:

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Clínica de Especialistas	PROCESO SEGURIDAD DEL PACIENTE SUBPROCESO PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	FECHA DE EMISIÓN: MARZO DE 2024
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE EXAMEN DE RADIOLOGÍA		FECHA DE REVISIÓN: MARZO DE 2029
CÓDIGO: M13-79-PRD-100-FOR-730	PÁGINA 1 DE 1	VERSIÓN:1

1.Que es?

Es un examén ambulatorioy hospitalario que permite una aproximacion al diagnostico de patologias de diversa indole(congénitas,traumáticas,neoplasias,etc.) siendo un apoyo diagnostico fundamental para establecer soluciones terapeuticas.

2. Para qué sirve?

Permite analizar las estructuras internas de las distintas partes del cuerpo, lo cual facilita el diagnóstico de fracturas, hemorragias internas , tumores o infecciones, así mismo conocer la morfologia y posibles alteraciones dela parte a estudio.

3. Como se realiza?

El examén se realiza en la sala de radiologia se le pedirá que descubra la parte del cuerpo a irradiar y se retire joyas o elementos metalicos. Su ubicacion dependera del tipo de radiografia solicitada. Puede que le soliciten que contenga la respiración o que no se mueva durante uno o dos segundos cuando se este realizando el examen para evitar imagenes borrosas.

4.Que riesgos tiene?

Al realizarce la prueba , recibira una dosis de radiación, no es recomendado a gestantes existe la posibilidad, aunque pequeña de provocar mediante la radiacion los siguientes daños : aborto,malformaciones organicas y disminución del coeficiente intelectual o del crecimiento. Según estudios debido a que las dosis utilzadas en las pruebas radiológicas están muy por debajo del umbral peligroso,la probabilidad de que esto ocurra se considera practicamente nula .

5. Alternativas de estudio

Aunque en determinados casos puede existir procedimientos diagnosticos alternativos que no precisan la exposición a los rayos X , la informacion que se obtiene puede ser menor. En su caso particular se ha considerado que esta es la prueba diagnóstica más adecuada.

Fecha: 04-07-2024

Yo, JOSE PATIÑO identificada/o con número de documento 9399108, en representación de la/el paciente GABRIEL ALEJANDRO PATIÑO identificada/o con número de documento 1145328057 habiendo leido 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 realizada una RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO FARINGEO

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
CÉDULA:

PROFESIONAL - ESPECIALISTA
CÉDULA: 46451681
fecha 5 de 2024