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:	FECE187584	**VENCIMIENTO:**	2024-08-08
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2024-07-09 17:40:48		
FORMA DE PAGO:	Crédito		
MEDIO DE PAGO:	Instrumento no definido		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	21105		RADIOGRAFIA DE PELVIS	1.00	$ 72,900.00	0	0	$ 72,900.00	$ 72,900.00
Observacion: Nota sobre el item									
2	21106		COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES, AL VALOR DE LA REGION AGREGAR	1.00	$ 38,900.00	0	0	$ 38,900.00	$ 38,900.00
Observacion: Nota sobre el item									

Cantidad de lineas: 2

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 492 PACIENTE: CC-9527337-ALIRIO PEREZ ROJAS- INGRESO: 14 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	$ 111,800.00
IVA:	$ 0.00
INC:	$ 0.00
DESCUENTO:	$ 0.00
ANTICIPOS:	$ 0.00

TOTAL A PAGAR **$ 111,800.00**

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: $ 0.00

Cuida el medio ambiente

CUFE: 59d53e3cf93f87bcc2f3ee26807898e1d097e0077afb0dfe2deec0994dab5d74c96432078ddd2fe813d4c8bf82e0c6c1

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: 09/07/2024
VENC: 08/08/2024

FACTURA DE VENTA FECE 187584

NUMERO ID.: CC 9527337 SOGAMOSO	NIT 900518650-7
NOMBRE: ALIRIO PEREZ ROJAS	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3134749980 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 Nº 11A-73
DIRECCION: CALLE 7A Nº 13 - 51	CONTRATO: SENA
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 60 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N

No. HISTORIA:9527337 P.P. 299 P.S. 02

FECHA INGRESO:09/07/2024 FECHA CORTE: 09/07/2024 FECHA SALIDA:09/07/24 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:492 NOMBRE AUTORIZADORPMORENO

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
21105	001	RADIOGRAFIA DE PELVIS	72.900,00	1	72.900,00
21106	001	COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES, AL VALOR DE LA REGION AGREGAR	38.900,00	1	38.900,00

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :	**2**	**111.800,00**
TOTAL FACTURA:		**111.800,00**

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	111.800,00
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:
CIENTO ONCE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

ALIRIO PEREZ

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Fecha Rec. _____

DEISY CALIXTO

Responsable Facturación DEISY CAROLINA CALIXTO CRUZ

Sede: SEDE UNICA

* 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

187584 Impreso: 2024-07-02

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 492

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: 9527337

Favor atender por nuestra cuenta a PEREZ ROJAS ALIRIO identificado con el carne 46368312-C Conyuge de SOTO CASTANEDA SUSANA ANGELICA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Rayos X	1	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

RADIOGRAFIA DE CADERAS COMPARATIVAS BILATERAL
DX: ARTROSIS DE CADERA DERECHA

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

Alirio Perez Rojas

Recibido a Satisfacción C.C. 9527337 Sogamoso

creada por: pmoreno

9 de julio
3:30 pm

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:	***PEREZ ROJAS ALIRIO***		
Fecha Nacimiento:	24/12/1963	Cédula/ID:	9527337
Fecha del Estudio:	09/07/2024	Estudio ID:	7364 ML SENA
Referido Por:	NO DISPONIBLE	Sexo:	M
Descripción Estudio:	NO DISPONIBLE		

RX PELVIS (CADERAS COMPARATIVAS)

Es adecuada la densidad y la trabeculacion ósea.

Se observan cambios degenerativos en ambas articulaciones coxofemorales dados por disminución del espacio articular y esclerosis subcondral

Las relaciones articulares se encuentran conservadas.

Cambios degenerativos de la columna lumbar inferior

Guillermo Andrés Archilla Reyes
Médico Radiólogo
Registro Médico 74082397

ESTANDARES COMPATIBLES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.527.337

PEREZ ROJAS
APELLIDOS

ALIRIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1963
MONGUA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

12-JUL-1982 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0727700-34141691-M-0009527337-20061104 0185636388N 02 197177065



46368312-C

Alirio

Pérez Rojas

Id.N°. 9,527,337 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento: 24-12-1963
RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Alirio
Pérez Rojas

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.

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Clínica de Especialidades	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 radiografía 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 utilizadas 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: Julio 9- 2024

Yo, Alma Perez Rojas identificada/o con número de documento 9572337 Soyapango, en representación de la/el paciente _____ identificada/o con número de documento _____, 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

Alma Perez Rojas
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
CÉDULA: 9572337 Soyapango

Magdelin Reyes
PROFESIONAL - ESPECIALISTA
CÉDULA: 46 37 1 . 845

9-7-24