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:	FECE189988	**VENCIMIENTO:**	2024-08-25
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2024-07-26 16:08:54		
FORMA DE PAGO:	Crédito		
MEDIO DE PAGO:	Instrumento no definido		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	21210		XEROMAMOGRAFÍA O MAMOGRAFIA, (BILATERAL)	1.00	$ 275,900.00	0	0	$ 275,900.00	$ 275,900.00

Observacion: Nota sobre el item

Cantidad de lineas: 1

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 579 PACIENTE: CC-37213085-HILDA ROLON DE PEREZ- INGRESO: 24 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	$ 275,900.00
IVA:	$ 0.00
INC:	$ 0.00
DESCUENTO:	$ 0.00
ANTICIPOS:	$ 0.00

TOTAL A PAGAR **$ 275,900.00**

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: $ 0.00

Cuida el medio ambiente

CUFE: 1e0191ac8157b60fc60b2051af0883d293403e06f99dd6cbda92995c85111756b08d39b0d33ac8427b37e08b37319bb5

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: 26/07/2024
VENC: 25/08/2024
PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 189988

NUMERO ID.: CC 37213085 CUCUTA	NIT 900518650-7
NOMBRE: HILDA ROLON DE PEREZ	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3126743487 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 Nº 11A-73
DIRECCION: CRA 20 N 13A-88	CONTRATO: SENA
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 77 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N

No. HISTORIA:37213085 P.P. 299 P.S. 02

FECHA INGRESO:24/07/2024 FECHA CORTE: 26/07/2024 FECHA SALIDA:26/07/24 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:579 NOMBRE AUTORIZADORPMORENO

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
21210	001	XEROMAMOGRAFÍA O MAMOGRAFIA, (BILATERAL)	275.900,00	1	275.900,00
		SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :		**1**	**275.900,00**
		TOTAL FACTURA:			**275.900,00**

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	275.900,00
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:
DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

HILDA ROLON

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*

Impreso: 2024-07-16

37.

189788

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 579

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: 37213085

Favor atender por nuestra cuenta a ROLON DE PEREZ HILDA identificado con el carne 1177389 -C Conyuge de PEREZ TEJEDOR LUIS DE JESUS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

MAMOGRAFIA BILATERAL

DX: CA DE SENO ???

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

Miercoles 24 de Julio

1030 AM

Hilda Rolon

37213085 Cedula

Paciente: CC 37213085 HILDA ROLON DE PEREZ
Edad: 77 AÑOS

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 876802 XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA BILATERAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 26/07/2024 15:59:41
REALIZADO POR: GUILLERMO ANDRES ARCHILA REYES
RESULTADOS : ESTUDIO N° 31
FECHA: 24 DE JULIO DE 2024
PACIENTE: HILDA ROLON DE PEREZ
ID: 37213085
ENTIDAD: SENA
ESTUDIO: MAMOGRAFIA BILATERAL
INDICACION: Tamización. Estudio interpretado en ausencia de datos clínicos .
HALLAZGOS:
Densidad III según ACR (entre el 50 y el 75%).
Senos densos que impiden la adecuada visualización de masas
Se observan micro calcificaciones agrupadas proyectadas en la interlínea de los cuadrantes internos del seno izquierdo que deben ser mejor caracterizadas mediante proyecciones complementarias de magnificación y compresión. Hay calcificaciones de aspecto benigno en ambos senos puntiformes y en trayectos vasculares.
No se identificó masas, distorsión de la arquitectura ni engrosamiento epidérmico
Ganglios de aspecto benigno en ambas región axilares.
OPINION:
• MICROCALCIFICACIONES AGRUPADAS EN SENO IZQUIERDO, QUE AMERITAN PROYECCIONES COMPLEMENTARIAS MEDIANTE MAGNIFICACIÓN Y COMPRESIÓN
• BIRADS 0.
Atentamente,
DR. ANDRES ARCHILA
MÉDICO RADIÓLOGO
R.M.1505-2006
DIANA V

GUILLERMO ANDRES ARCHILA REYES
Reg. MD. 74082397
ECOGRAFIAS







1172389-C

Hilda

Rolon De Perez



Hilda

Rolon De Perez



Powered by CamScanner

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 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: Julio 24/2024

Yo, Hilda Robin de Perez Identificada/o con número de documento _____, en representación de la/el paciente _____ identificada/o con número de documento 372130ST, 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 realizada una RADIOGRAFÍA DE MAMOGRAFIA

Hilda Robin

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
CÉDULA: 372130ST

PROFESIONAL - ESPECIALISTA
CÉDULA: 24.VII 2024