**CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON SAS**
NIT. 900900155-1

Cra 33 12A-44 P 7 Ed. Clínica San Ignacio

NARIÑO / PASTO

## FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

| | |
|---|---|
| FACTURA NÚMERO | FEPB143223 |
| FECHA DE FACTURA | 02/07/2024 08:00:00 |
| FECHA DE VALIDACIÓN | 02/07/2024 08:02:49 |
| FECHA DE VENCIMIENTO | 01/08/2024 |
| PLAZO DE PAGO | 30 Días |
| FORMA DE PAGO | Pago Negocio Corporativo Ahorros Crédito (CTP) |

Régimen de facturación No responsable de IVA. Actividad económica . Autorización de Facturación Electronica Resolución No.18764069033999, desde: 16/04/2024 hasta: 16/04/2025 vigencia: 12 meses prefijo: FEPB desde el No. 136,272 hasta el No. 500,000

### DATOS DEL RESPONSABLE

**NOMBRE:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
**NIT/CC:** 899999034 - 1
**DIRECCION:**
**CIUDAD:** NARIÑO / PASTO
**TELEFONO:**
**POLIZA:** 0
**CODIGO PRESTADOR:** 520010234501
**CONTRATO:** SENA1
**CONVENIO:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

### DATOS DEL PACIENTE

**NOMBRE:** MARIA TERESA RAMIREZ DE MUÑOZ
**NIT/CC:** 27122973
**TIPO IDENTIFICACION:** Cédula de ciudadanía
**TELEFONO:** 3167572133
**DIRECCION:** CRA 15 A 21 41 BARRIO JAVERIAN
**EDAD:** 68 Años
**MEDICO:** GARCIA BENAVIDES JAMES
**ESTRATO:** AFILIADO/BENEFICIARIO
**FICHA No:** 0
**FECHA INGRESO:** 02/07/2024
**FECHA EGRESO:** 02/07/2024
**REGIMEN:** OTRO
**TIPO DE USUARIO:** Especiales o de Excepción cotizante
**COBERTURA BENEFICIOS:** Plan de beneficios en salud financiado con UPC
**MODALIDAD CONTRATACION:** Por servicio
**AUTORIZACION No:** 400
**INICIO FACTURACION:** 02/07/2024
**FINAL FACTURACION:** 02/07/2024
**NUMERO MIPRES:** 0
**EENTREGA MIPRES:** 0
**COPAGO:** $ 0
**CUOTA MODERADORA:** $ 0
**CUOTA RECUPERACION:** $ 0
**PAGOS COMPARTIDOS:** $ 0

CUFE: 2b0f127d2f87b10018fd2dc3dbf381ffe85215390e566920ef2cd4828e548a998be6fa8da9414b9aca0f6e29ca2befe5

| No | CODIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890374 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA | 1.00 | $ 63,800 | $ 63,800 |

**VALOR TOTAL FACTURA** $ 63,800
**Valor Pagado por el Usuario** MARIA TERESA RAMIREZ DE MUÑOZ $ 0,00
**Descuentos** $ 0
**TOTAL A PAGAR POR: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** **$ 63,800**

**FACTURADOR:** _____ **PACIENTE:** _____

**MARIELENA NARVAEZ ROSERO** **MARIA TERESA RAMIREZ DE MUÑOZ**



*Impreso Por: Odoo CE V12.0 Personalizado para CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON SAS NIT. 900900155*

CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON S.A.S.

**CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON SAS**
**CRA 33 12 A 44 LOCAL 601 P6 CLINICA SAN IGNACIO - 7297016**
**Nit 900900155-1**

**CERTIFICADO DE ATENCION**

**ADMISION** 238010 **FACTURA**

| |
|---|
| Yo, MARIA TERESA RAMIREZ DE MUÑOZ, identificado(a) con documento CC27122973, |
| certifico que he recibido a satisfacción la atención médico – quirúrgica que se detalla en la historia clínica |
| en el periodo comprendido entre el 02/jul./2024 y el 02/jul./2024 |
| en el Centro de Cuidados CardioNeuroVasculares Pabón S.A.S |

Teresa Ramirez

Firma del usuario o Responsable



Indice Derecho

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. LOPE 400 |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>24/06/2024 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---|---|---|
| CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON | NEUROLOGIA | |

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO CLINICA

| A: MARIA TERERSA RAMIREZ | CARNE No. 5200251-A |
|---|---|
| FAMILIAR DE: EDUARDO MUÑOZ | CONYUGUE HIJO PADRE HNO.<br>X ☐ ☐ ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

**CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA**

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 67 AÑOS DE EDAD, EN VALORACION DEL 23-05-2024 SS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y CITA A CONTROL CON RESULTADOS

| REMITIR EL RESULTADO A: | |
|---|---|

| DEBE PRESENTARSE EL<br>DIA MES AÑO HORA | DIRECCION | CODIGO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| | | | |

Lorena J. Montero
Medico General
R.M. 1094905073
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Teresa Ramirez

C.C.No. 27122973

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.122.973
RAMIREZ De MUÑOZ
APELLIDOS
MARIA TERESA
NOMBRES



FIRMA





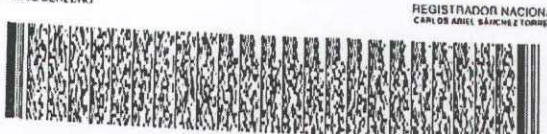
FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1955
BARBACOAS
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

17-ENE-1976 BARBACOAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2300100-00442426-F-0027122973-20130523 0033585714A 1 6802137025

NARIÑO

5200251-A



**MARIA TERESA**
**RAMIREZ De MUÑOZ**
**C.C 27.122.973**
**RH O+**
**Fecha de nacimiento** 01/12/1955

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL