CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABON S.A.S.

**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 | FEPB143990 |
| FECHA DE FACTURA | 09/07/2024 15:05:00 |
| FECHA DE VALIDACIÓN | 09/07/2024 15:07:34 |
| FECHA DE VENCIMIENTO | 08/08/2024 |
| 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:** JULIANA LOPEZ BETANCOURT
**NIT/CC:** 1192764703
**TIPO IDENTIFICACION:** Cédula de ciudadanía
**TELEFONO:** 3113137857
**DIRECCION:** MANZANA A CASA 10 EL REMANSO NARIÑO / PASTO
**EDAD:** 24 Años
**MEDICO:** CAICEDO VALLEJO OSCAR JAVIER
**ESTRATO:** AFILIADO/BENEFICIARIO
**FICHA No:** 0
**FECHA INGRESO:** 09/07/2024
**FECHA EGRESO:** 09/07/2024
**REGIMEN:** OTRO
**TIPO DE USUARIO:** Sin régimen
**COBERTURA BENEFICIOS:** Plan de beneficios en salud financiado con UPC
**MODALIDAD CONTRATACION:** Por servicio
**AUTORIZACION No:** 406
**INICIO FACTURACION:** 09/07/2024
**FINAL FACTURACION:** 09/07/2024
**NUMERO MIPRES:** 0
**EENTREGA MIPRES:** 0
**COPAGO:** $ 0
**CUOTA MODERADORA:** $ 0
**CUOTA RECUPERACION:** $ 0
**PAGOS COMPARTIDOS:** $ 0

CUFE: 19769e799dbb55a9ebffa7c4ac67078f02d6802e32a663e13ed1b9f1eb37b1c680059b37be6778bbb3ce167eaba52c0a

| No | CODIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890282 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA | 1.00 | $ 72,750 | $ 72,750 |

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA** | $ 72,750 |
| **Valor Pagado por el Usuario** JULIANA LOPEZ BETANCOURT | $ 0,00 |
| **Descuentos** | $ 0 |
| **TOTAL A PAGAR POR: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** | **$ 72,750** |

**FACTURADOR:** _____
**THALIA MARILY IGUA MUESES**

**PACIENTE:** _____
**JULIANA LOPEZ BETANCOURT**



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

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL<br>ORDEN DE ATENCION | No. 406<br>LOPE |
|---|---|---|

| REGIONAL NARIÑO | CODIGO DEL EMPLEADO | DIA MES AÑO<br>28/06/2024 |
|---|---|---|

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

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---|---|---|
| CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABÓN S.A.S | OTORRINOLARINGOLOGI | |

CONSULTORIO
CLÍNICA

| A: JULIANA LOPEZ BETANCOURT | CARNE No. 5200320-G |
|---|---|
| FAMILIAR DE..FRANCO EMIRO LOPEZ | CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ |

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

**CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA**

OBSERVACIONES: PACIENTE CON SINTOMAS DE OBSTRUCCION NASAL ASOCIADO A DESVIACION SEPTAL, NO CUENTO CON SERVICIO DE RADIOLOGIA, POR LO CUAL SS VALORACION POR SU ESPECIALIDAD.

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

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

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

MEDICA ASESORA

COORDINAD

RECIBI Juliana Lopez Betancourt
C.C.No. 1192764703

CENTRO DE CUIDADOS CARDIONEUROVASCULARES PABÓN 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** 240172 **FACTURA**

| |
|---|
| Yo, JULIANA LOPEZ BETANCOURT, identificado(a) con documento CC1192764703, |
| certifico que he recibido a satisfacción la atención médico – quirúrgica que se detalla en la historia clínica |
| en el periodo comprendido entre el 09/jul./2024 y el 09/jul./2024 |
| en el Centro de Cuidados CardioNeuroVasculares Pabón S.A.S |

Juliana Lopez B
Firma del usuario o Responsable



Indice Derecho







Franco López

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

