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	FEPB144897
FECHA DE FACTURA	16/07/2024 08:45:00
FECHA DE VALIDACIÓN	16/07/2024 08:47:12
FECHA DE VENCIMIENTO	15/08/2024
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: ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ
NIT/CC: 1085347072
TIPO IDENTIFICACION: Cédula de ciudadanía
TELEFONO: 3154696049
DIRECCION: CLLL 16 N 35 28 SAN IGNACIO
EDAD: 24 Años
MEDICO: GARCIA BENAVIDES JAMES
ESTRATO: AFILIADO/BENEFICIARIO
FICHA No: 0
FECHA INGRESO: 16/07/2024
FECHA EGRESO: 16/07/2024
REGIMEN: OTRO
TIPO DE USUARIO: Sin régimen
COBERTURA BENEFICIOS: Plan de beneficios en salud financiado con UPC
MODALIDAD CONTRATACION: Por servicio
AUTORIZACION No: 464
INICIO FACTURACIÓN: 16/07/2024
FINAL FACTURACION: 16/07/2024
NUMERO MIPRES: 0
EENTREGA MIPRES: 0
COPAGO: $ 0
CUOTA MODERADORA: $ 0
CUOTA RECUPERACION: $ 0
PAGOS COMPARTIDOS: $ 0

CUFE: a13c92a7cbee2097abb6eacae5b4e642ebe4e77a5c24c2677e9228f8926f3f4b96b877b5d8ad07eb68dcf1c9da569bf1

No	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1.00	$ 72,750	$ 72,750

VALOR TOTAL FACTURA	$ 72,750
Valor Pagado por el Usuario ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ	$ 0,00
Descuentos	$ 0
TOTAL A PAGAR POR: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	**$ 72,750**

FACTURADOR: _____
THALIA MARILY IGUA MUESES

PACIENTE: _____
ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 464 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 8/07/2024

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	NEUROLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A: ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ	CARNE No. 31537640-A
FAMILIAR DE. LINA MARIA DIAZ	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☒

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE CON PARESTESIAS EXTREMIDADES, DE PREDOMINIO EN SUPERIORES
ULTIMO EPISODIO REQUIRIO MANEJO EN SERVICIO DE URGENCIAS 5-06-2024
DONDE SS INTERCONSULTA POR SU ESPECIALIDAD.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

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

MEDICA ASESORA

COORDINAD(

RECIBI Andrea MD

C.C.No. 1085347072

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 242417 **FACTURA**

Yo, ANDREA CAMILA MELENDEZ DIAZ, identificado(a) con documento CC1085347072,
certifico que he recibido a satisfacción la atención médico – quirúrgica que se detalla en la historia clínica
en el periodo comprendido entre el 16/jul./2024 y el 16/jul./2024
en el Centro de Cuidados CardioNeuroVasculares Pabón S.A.S

AndreaMD

Firma del usuario o Responsable



Indice Derecho

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.347.072**

MELENDEZ DIAZ

APELLIDOS

ANDREA CAMILA

NOMBRES

Andrea Camila Melendez D

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1999**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

05-OCT-2017 PASTO

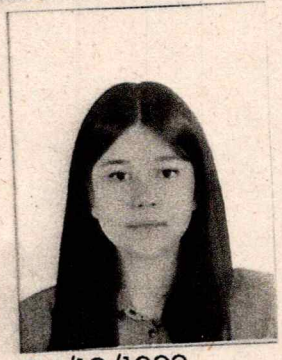
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2300100-00949455-F-1085347072-20171026 0058258935A 1 49166119

REGIONAL NARIÑO

Andrea Camila
Melendez Diaz



DOCUMENTO N°
1.085.347.072
Tipo de Sangre: O+

04/10/1999
Fecha de Nacimiento

Servicio Medico
Asistencial

Servicio Nacional de Aprendizaje