CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029205
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 22177
Fecha de Expedición: 25/09/2024 8:47:35 AM
Fecha de Vencimiento: 25/10/2024
Fecha de Generación: 25/09/2024 8:47:32 AM

ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO DE CALI
NIT: 901541188 - 5
CONTRATO: BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198
PÓLIZA:
DIRECCIÓN: CARRERA 7 NO. 52 - 48 DISAN
TELÉFONOS: 4261434

PACIENTE: BENAVIDES SOLARTE LUIS FERNANDO
EDAD: 52 Años
TIPO DE USUARIO: Especiales o de excepción cotizante
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: 12
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS: 13
DIRECCIÓN: POTOSI

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC
IDENTIFICACIÓN: 87712411
NIVEL: N/A
MIPRES:
ID ENTREGA MIPRES:
PROCEDENCIA: POTOSI

FECHA FACTURA: 25/09/2024 8:47:32 AM
AUTORIZACIÓN: 2483167
DIAGNÓSTICO:

FECHA INICIO FACTURACIÓN: 2024-09-25
FECHA FINAL FACTURACIÓN: 2024-09-25
PROFESIONAL: LEIDY YOJHANA MONCAYO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890207	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	28,000.00	0.00	0.00	28,000.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO
CUOTA DE RECUPERACIÓN: 0.00
MEDIO DE PAGO: Instrumento no definido
PAGOS COMPARTIDOS: 0.00
TOTAL GRAVADO:
TOTAL IVA

SUBTOTAL GENERAL: 28,000.00
TOTAL DESCUENTO: 0.00
COPAGO: 0.00
TOTAL: 28,000.00

SON: VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: Jairo Fernando Lopez Mirama

RES DIAN No. 18764066059248 DE 2024-02-23 HASTA 2025-02-23 No 1COP 1 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

c641877795e71f0add3c2d0fe9ccca9a2835d2e8c861cf2928b1914c43a9cd9

Procesado Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580 Digitalware

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029205
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 22177
Fecha de Expedición: 25/09/2024 8:47:35 AM
Fecha de Vencimiento: 25/10/2024
Fecha de Generación: 25/09/2024 8:47:32 AM

ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO DE CALI
NIT: 901541188 - 5 **CONTRATO:** BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CARRERA 7 NO. 52 - 48 DISAN **TELÉFONOS:** 4261434

PACIENTE: BENAVIDES SOLARTE LUIS FERNANDO
EDAD: 52 Años
TIPO DE USUARIO: Especiales o de excepción cotizante
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: 12
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS: 13
DIRECCIÓN: POTOSI

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC
IDENTIFICACIÓN: 87712411
NIVEL: N/A
MIPRES:
ID ENTREGA MIPRES:
PROCEDENCIA: POTOSI

FECHA FACTURA: 25/09/2024 8:47:32 AM
AUTORIZACIÓN: 2483167
DIAGNÓSTICO:

FECHA INICIO FACTURACIÓN: 2024-09-25
FECHA FINAL FACTURACIÓN: 2024-09-25
PROFESIONAL: LEIDY YOJHANA MONCAYO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890207	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	28,000.00	0.00	0.00	28,000.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO
CUOTA DE RECUPERACIÓN: 0.00
MEDIO DE PAGO: Instrumento no definido
PAGOS COMPARTIDOS: 0.00
TOTAL GRAVADO:
TOTAL IVA

SUBTOTAL GENERAL:	28,000.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	28,000.00

SON: VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: Jairo Fernando Lopez Mirama

RES DIAN No. 18764066059248 DE 2024-02-23 HASTA 2025-02-23 No 1COP 1 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

c641877795e71f0add3c2d0fe9ccca9a2835d2e8c861cf2928b1914c12e9cd90290ab06626973

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software: fact-e

Fecha generación: 16/07/2024 15:37:58

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-07-2483167 **FECHA SOLICITUD:** 7/16/24 3:35 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE
DOCUMENTO: 87712411
MUNICIPIO: POTOSI
DEPARTAMENTO: NARIÑO
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
CODIGO ESM O UPGD: 523568300880
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: MY
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: OSCAR DARIO GUAJE BECERRA
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Enfermeria (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS
CODIGO ESM O UPGD: 5200100292-01
NÚMERO DE CONTRATO: .198 DIGSA/DMCAL-2024
DIRECCIÓN: KR 42 # 18A - 56 OFICINA 505 Pasto - Nariño
TELÉFONO: 3002053112
DEPARTAMENTO: NARIÑO
MUNICIPIO: PASTO

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-07-2483167	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	890207	Optometria (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE AUTORIZA SEGÚN HISTORIA CLÍNICA, ORDEN MÉDICA Y CRITERIO MÉDICO, SUJETO A AUDITORIA MÉDICA - AUTORIZA: AUDITOR EJÉRCITO –GMCAB. - QUE REQUIERE CONTINUAR SU MANEJO PARA IMPACTAR EN SU SALUD Y DISMINUIR SU MORBIMORTALIDAD – CON ORDEN Y V°B° DE DIRECCIÓN DE GMCAB SV OSCAR DARIO GUAJE BECERRA //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 28/06/2024 CUPS 890207 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA SOLICITADO POR DR -MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN –Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 16/07/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 16/07/2025

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

CONSULTAS/EXAMEN/PROCEDIMIENTO No. 32931 Fecha 2024-06-28

PACIENTE:	LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE			**DOC. ID:**	CC87712411	**FECHA NAC:**	11/11/1971
EDAD:	52 años 7 meses 17 días			**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	POTOSI
BARRIO:				**DIRECCIÓN:**	POTOSI		
TELÉFONO:	3104304259 - 3108245769			**OCUPACIÓN:**	Desempleado		
TIPO AFIL:	COTIZANTE	**RÉGIMEN:**	ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI						
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024						
ACUDIENTE:				**PARENTESCO:**	CABEZA DE FAMILIA	**TELÉF. ACUD:**	
DIAGNÓSTICO:	H400 - SOSPECHA DE GLAUCOMA, Sitio: Bilateral						

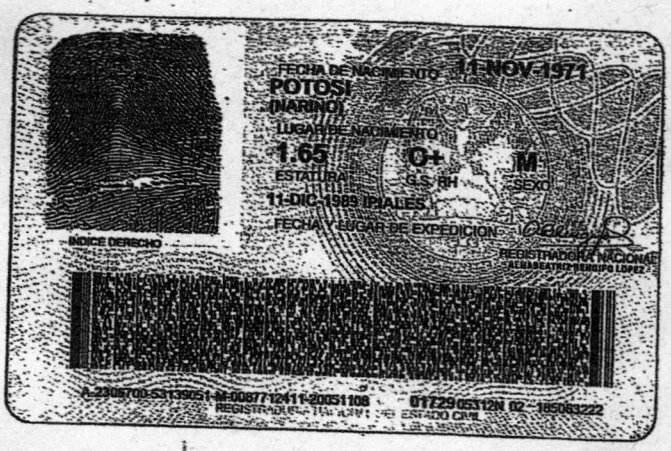
PROCEDIMIENTOS

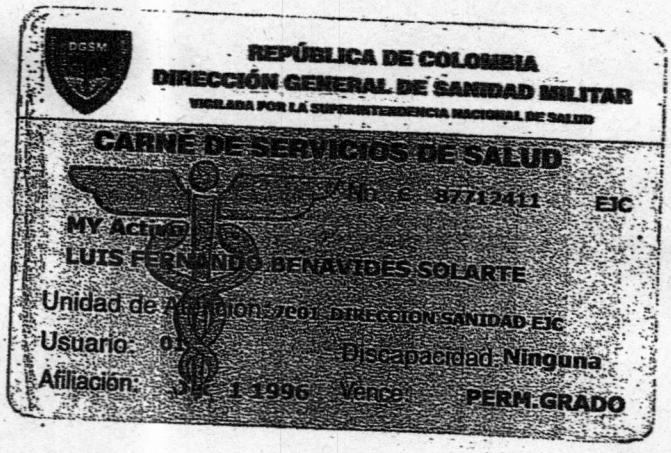
CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR BILATERAL	Bilateral	2	DE NERVIO AMBOS OJOS	H400	28/06/2024 09:27
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	NoAplica	1		H400	28/06/2024 09:26
950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO BILATERAL	Bilateral	2	AMBOS OJOS	H400	28/06/2024 09:26
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	NoAplica	1	CON RESULTADOS	H400	28/06/2024 09:27

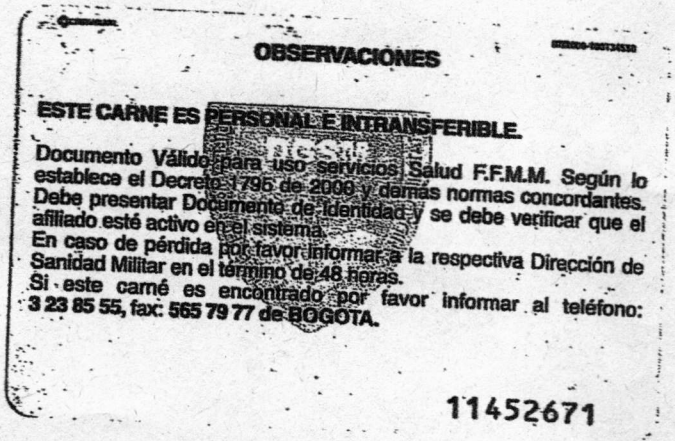
Dra Mayra Milleny Verjel Hernandez
RM 54 434
Oftalmologa

MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ
OFTALMOLOGO
Registro No.: 54 434


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
87.712.411
NUMERO
BENAVIDES SOLARTE
APELLIDOS
LUIS FERNANDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1971
POTOSI
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
11-DIC-1989 (PIALES)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADURIA NACIONAL
ALVARO ECHEVERRI HENAO
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL


REPÚBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD
C.C. 87712411
EJC
MY Activo
LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE
Unidad de Afiliación: 7C01 DIRECCION SANIDAD EJC
Usuario: 01
Discapacidad Ninguna
Afiliación: 1 1996
Vence: PERM.GRADO


OBSERVACIONES
ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE.
Documento Válido para uso servicios Salud F.F.M.M. Según lo establece el Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Debe presentar Documento de Identidad y se debe verificar que el afiliado esté activo en el sistema.
En caso de pérdida por favor informar a la respectiva Dirección de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si este carné es encontrado por favor informar al teléfono: 3 23 85 55, fax: 565 79 77 de BOGOTA.
11452671

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

No. Admisión:	49697	**Fecha Admisión:**	25/09/2024 08:47 AM	**No. Folio:**	60074	**Fecha Folio:**	25/09/2024 09:09 AM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE	**DOC. ID:**	CC87712411	**FECHA NAC:**	11/11/1971
EDAD:	52 años 10 meses 14 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	POTOSI
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	POTOSI		
TELÉFONO:	3104304259 - 3108245769	**OCUPACIÓN:**	Desempleado		
TIPO AFIL:	COTIZANTE **RÉGIMEN:** ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	LEIDY YOJHANA MONCAYO ENRIQUEZ		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024				
ACUDIENTE:		**PARENTESCO:**	CABEZA DE FAMILIA	**TELÉF. ACUD:**	

MOTIVO DE CONSULTA

EL PACIENTE ASISTE AL CONSULTORIO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS GENERALES ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES DE SALUD PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO (PREVIAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA, USO DE TAPABOCAS, HIGIENIZACIÓN DE MANOS)

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE USUARIO DE RX OPTICA, REMITIDO POR MEDICO GENERAL REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS Y CERCA AMBOS OJOS

USO DE GAFAS: ULTIMA CORRECION HACE 9 AÑOS NO LAS TRAE A CONSULTA

Modalidad Consulta	PRESENCIAL						
Sintomático piel	NO	**Sintomático Respiratorio**	NO	**Sintomático Febril**	NO	**Sintomático Sistema Nervio Periferico**	NO

ANTECEDENTES

Antecedentes COP: NO	**Observaciones:** NA
Oculares: NO	**Observaciones:** NA
Ocupación: NO	**Observaciones:** NA
Farmacológicos: NO	**Observaciones:** NA
Quirúrgicos: NO	**Observaciones:** NA
Alérgicos: NO	**Observaciones:** NA
Familiares: NO	**Observaciones:** NA
Patológicos: NO	**Observaciones:** NA
Otros: NO	**Observaciones:** NA

Examen Optometria -Primera Vez

AGUDEZA VISUAL Sin Corrección

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Visión Lejana: 20/60	**Visión Lejana:** 20/30
Visión Lejana observacion: NA	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: 20/40	**Visión próxima:** 20/20
Visión próxima observacion: NA	**Visión próxima observacion:** NA
Pinhole: 20/20	**Pinhole:** 20/20

LENSOMETRIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
valor: -0.75 -0.50 *38	**valor:** +0.50 -0.75 *134
adicion: NA	**adicion:** NA

Observaciones: PROGRESIVOS LENTES LEVEMENTE RAYADOS MONTURA EN BUEN ESTADO

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**

Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

Esférico: -1.00	**Esférico:** -0.25
cilindro: -0.75	**cilindro:** -0.50
Eje: 23	**Eje:** 147
Agudeza visual binocular: 20/20	
Adición: +1.75	
Distancia Pupilar: 32/32	

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
K1: 47.28	**K1:** 44.31
K2: 48.85	**K2:** 45.49
Eje: 4	**Eje:** 8

REFLEJOS PUPILARES

Observación: NORMOREACTIVAS

COVER TEST

VL: ORTHO
VP: ORTHO

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

Real: -
Luz: -
FR: -

MOVIMIENTOS OCULARES

Observación : NORMALES

DUCCIONES

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Ducción: NORMALES	**Ducción:** NORMALES

VERSIONES

Observación: NORMALES

REFRACCION

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esferico: -1.00	**Esferico:** -0.25
Cilindro: -0.75	**Cilindro:** -0.50
Eje: 20	**Eje:** 140

RX FINAL

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esfera: -0.75	**Esfera:** -0.25
Cilindro: -0.50	**Cilindro:** -0.50
Eje: 30	**Eje:** 150
Agudeza Visual Lejana: 20/20	**Agudeza Visual Lejana:** 20/20
Agudeza Visual Próxima: 20/40	**Agudeza Visual Próxima:** 20/20
Adición: +1.75	
Observaciones: -	

BIOMICROSCOPIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Párpados: SANOS	**Párpados:** SANOS

Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE	**Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: TRANQUILA	**Conjuntiva:** TRANQUILA
Cornea: CENTRAL CLARA	**Cornea:** CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL	**Esclerotica:** NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD	**Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: REACTIVA	**Iris:** REACTIVA
Cristalino: TRANSPARENTE	**Cristalino:** TRANSPARENTE
Schimmer: NA	**Schimmer:** NA

FONDO DE OJO

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Vitreo: CLARO	**Vitreo:** CLARO
Papila (Nervio Óptico): DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.1 MICRODISCOS	**Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.1 MICRODISCOS
Macula: NA	**Macula:** NA
Vasos: NORMAL	**Vasos:** NORMAL
Retina: APLICADA	**Retina:** APLICADA

FÓRMULA OFTÁLMICA

Especificaciones del lente: MONOFOCAL LEJOS
Filtro: AR
uso: PERMANENTE
control: 11MESES

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H521	MIOPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H524	PRESBICIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTE, RETIRARSELOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN VISION PROXIMA RECOMIENDO MANEJAR DISTANCIAS, NO FROTE OCULAR CON EL FIN DE PREVENIR EFECTOS MECÁNICOS EN LA CÓRNEA QUE ALTERAN LA REFRACCIÓN, TOMAR PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS DURANTE ACTIVIDADES EN VISIÓN PRÓXIMA, BUENA LUMINOSIDAD EN ENTORNO DE TRABAJO.

PACIENTE REFIERE NO SE ACOSTUMBRO A EL USO DE PROGRESIVO

PLAN:
1/ ADAPTACION DE LENTES : MONOFOCAL LEJOS AR
2/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 11 MESES

Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

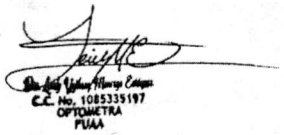
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201

CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO

3009126583

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ



LEIDY YOJHANA MONCAYO ENRIQUEZ

OPTOMETRA

Registro No.: 1085335197

Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.