CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 425272
Fecha de Expedición: 27/09/2024 3:36:35 PM
Fecha de Vencimiento: 27/10/2024
Fecha de Generación: 27/09/2024 3:35:49 PM

ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO CALI
NIT: 901541188 - 5 **CONTRATO:** 198 DIGSA/DMCAL-2024 **PÓLIZA:** NA
DIRECCIÓN: CRA 10 NO 27 - 50 RESIDENCIAS TEQUENDAMA NORTE C **TELÉFONOS:** 3166029319

PACIENTE:	BASTIDAS MARTINEZ HOMERO ROMAN	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	74 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	12958628
TIPO DE USUARIO:	COTIZANTE	**NIVEL:**	NIVEL I
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	NA
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	01	**ID ENTREGA MIPRES:**	NA
DIRECCIÓN:	MZ 10 CS 41 VILLA FLOR DOS	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	27/09/2024 3:35:49 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-24
AUTORIZACIÓN:	3333358	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-24
DIAGNÓSTICO:	H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR	**PROFESIONAL:**	DAVID PAREDES SAA

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
169006	BX	INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	1	1,038,400.0	0.00	0.00	1,038,400.00
		FORMA: Unico, VIA: Misma					
		ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRA					1,038,400.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** 1,038,400.00 **TOTAL IVA** 0.00

SUBTOTAL GENERAL:	1,038,400.00
TOTAL DESCUENTO:	
COPAGO:	0.00
TOTAL:	1,038,400.00

SON: Un Millon Treinta y ocho mil Cuatrocientos pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANGIE MARISOL DOMINGUEZ TORO

RES DIAN No. 18764063973317 Vigencia 2024-01-19 a 2025-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 414295 AL 500000

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

f1a6f58f26ea5035e09bb328f4212461e5109211c114a2c31952873d73e55994ad1b0e43c7417cee48fd9b1716ca1c5b

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 425272
Fecha de Expedición: 27/09/2024 3:36:35 PM
Fecha de Vencimiento: 27/10/2024
Fecha de Generación: 27/09/2024 3:35:49 PM

ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO CALI

NIT: 901541188 - 5 **CONTRATO:** 198 DIGSA/DMCAL-2024 **PÓLIZA:** NA
DIRECCIÓN: CRA 10 NO 27 - 50 RESIDENCIAS TEQUENDAMA NORTE **TELÉFONOS:** 3166029319

PACIENTE:	BASTIDAS MARTINEZ HOMERO ROMAN	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	74 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	12958628
TIPO DE USUARIO:	COTIZANTE	**NIVEL:**	NIVEL I
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	NA
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	01	**ID ENTREGA MIPRES:**	NA
DIRECCIÓN:	MZ 10 CS 41 VILLA FLOR DOS	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	27/09/2024 3:35:49 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-24
AUTORIZACIÓN:	3333358	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-24
DIAGNÓSTICO:	H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR	**PROFESIONAL:**	DAVID PAREDES SAA

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
169006	BX	INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	1	1,038,400.0	0.00	0.00	1,038,400.00
		FORMA: Unico, VIA: Misma					
		ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRA					1,038,400.00

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 Software fact-el[s]

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** 1,038,400.00 **TOTAL IVA** 0.00

SUBTOTAL GENERAL:	1,038,400.00
TOTAL DESCUENTO:	
COPAGO:	0.00
TOTAL:	1,038,400.00

SON: Un Millon Treinta y ocho mil Cuatrocientos pesos m/cte.

PACIENTE FIRMA ORDEN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANGIE MARISOL DOMÍNGUEZ TORO

RES DIAN No. 18764063973317 Vigencia 2024-01-19 a 2025-01-20 AUTORIZ DEL 1SRV 414295 AL 500000

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

f1a6f58f26ea5035e09bb328f4212461e5109211c114a2c31952873d73e55994ad1b0e43c7417cee48fd9b1716ca1c5b

Fecha generación: 16/09/2024 08:14:41

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2024-09-1779351 **FECHA SOLICITUD:** 9/16/24 8:15 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: HOMERO ROMAN BASTIDAS MARTINEZ
DOCUMENTO: 12958628
MUNICIPIO: PASTO
DEPARTAMENTO: NARIÑO
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ASPC NO. 23 "GR. RAMÓN ESPINA" - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 520018300780
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SP
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: MARIA LILIA CORDOBA MUÑOZ
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H360	RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14 CON CUARTO CARACTER COMUN .3)	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-2024-09-3333358	INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	169006	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE DA GESTION A ESTA AUTORIZACIÓN PREVIO VISTO BUENO DE DIRECCION DE ESM BAS 23 (SUJETO A AUDITORIA)SE ANEXA HISTORIA CLINICA DE PACIENTE

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ojo izquierdo

FECHA DE VENCIMIENTO: 16/09/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

CC 12958628
CEL. 3137327349
3137808926

PAREDES
FECHA: Red.car 17
PISO:

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. 39967 Fecha 2024-07-24

PACIENTE:	HOMERO ROMAN BASTIDAS MARTINEZ			**DOC. ID:**	CC12958628	**FECHA NAC:**	17/05/1950
EDAD:	74 años 2 meses 7 días			**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	PASTO
BARRIO:				**DIRECCIÓN:**	MZ 10 CS 41 VILLA FLOR DOS		
TELÉFONO:	3137327349 - 3137327349 - 3137327349			**OCUPACIÓN:**	No se tiene Información		
TIPO AFIL:	COTIZANTE	**RÉGIMEN:**	ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	DAVID PAREDES SAA		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI						
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (PASTO) - 197 DIGSA/DMCAL-2024						
ACUDIENTE:	MARIA MELO			**PARENTESCO:**		**TELÉF. ACUD:**	3137327349
DIAGNÓSTICO:	H360 - RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14 CON CUARTO CARACTER COMUN .3), Sitio: Bilateral						

PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
169006	INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	Izquierdo	1	OJO IZQUIERDO	H360	24/07/2024 09:29

PAREDES
David Paredes Saa
CIRUJANO OFTALMOLOGO
SUB-ESPECIALISTA EN RETINA Y VITREO
T.P. 86339/2012

DAVID PAREDES SAA
OFTALMOLOGO
Registro No.: 86339/2012

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



No. **CC 12958628** **EJC**

SP **RET**

AFILIADO
BASTIDAS MARTINEZ HOMERO ROMAN

USUARIO **V33** DISCAPACIDAD **NINGUNA**

AFILIACION **17/10/1999** VENCE **INDEFINIDO**

Identificación Plástica S.A. 170509/0717

A13016543

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.

Este documento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos del SSFM, donde se evidencie que el Afiliado se encuentre ACTIVO. En caso de pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.

Si éste carné es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301** en la ciudad de Bogotá DC.

Correo electrónico: afiliacionespqr@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.958.628**
BASTIDAS MARTINEZ
APELLIDOS
HOMERO ROMAN
NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1950**
ILES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

21-ENE-1974 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2300100-00258963-M-0012958628-20101005 0024270555A 1 34854987

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800184080-0
CR 40 A 19 B 15 AV PANAMERICANA
TELEFONOS 7419272

NOMBRE:	BASTIDAS MARTINEZ HOMERO ROMAN	**MEDICO TRATANTE:**	DAVID PAREDES SAA
IDENTIFICACION:	12958628	**ENTIDAD:**	DISPENSARIO MEDICO CALI
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	**REGIMEN:**	CONTRIBUTIVO
FECHA DE NACIMIENTO:	1950-05-17 (74 AÑOS)	**CONTRATO:**	198 DIGSA/DMCAL-2024-198
SEXO:	MASCULINO	**TIPO DE USUARIO:**	COTIZANTE
TELEFONO:	3137808926 3137327349	**NIVEL DE USUARIO:**	NIVEL I
DIRECCION:	MZ 10 CS 41 VILLA FLOR DOS	**OCUPACION:**	9996-PENSIONADO
FECHA DE REGISTRO:	2024-09-24 11:29:11	**ACUDIENTE:**	MARIA MELO
		TEL. ACUDIENTE:	3137327349
		PARENTESCO:	ESPOSA

POS-OPERATORIO

Fecha:	2024-09-24	**Horal:**	10:40	**HoraF:**	11:10
Instrumentador:	Beatríz Guerrón	**Tipo de Anestesia:**	Local		

Diagnostico

Diganostico Pre operatorio	**H353**	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	**Confirmado nuevo**
Diagnostico Pos operatorio	**Z540**	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA	

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

CUPS Intervenciòn Quirurgica I

169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA OJO IZQUIERDO

Descripción de la intervención quirúrgica y hallazgos operatorios- Intervencion quirurgica I

Aspiracion diagnostica de Vitreo con Inyeccion de medicamentos intravitreos
1. Se incia terapia de antibiotico con moxifloxacino 1 gota cada 4 horas, 3 días previos a este procedimiento.
2. En sala de cirugía y consevando todos los protocolos de asepsia y antisepsia se realiza
3. Desinfección de los bordes palpebrales y de la piel de ambos párpados frontal y nasal con isodine solución,
4. Se instilan dos gotas de la misma solución en los fondos de saco y se deja durante noventa (90) segundos
5. Lavado cuidadoso de la piel, del globo ocular y de los fondos de saco con solución salina balanceada.
6. Se coloca Tegaderm para aislar las pestañas del campo quirúrgico.
7. Se coloca blefaróstato de Castroviejo para mantener expuesto el globo ocular.
8. Se hace marcaje con compás a 3.7 mm del limbo en el cuadrante inferotemporal respetando siempre el rafé horizontal .
9. Se alista la jeringa con el medicamento antiangiogenico
10. Se aplica una gota de anestésico local (Alcaine) y se procede a hacer la aplicación dirigiendo la aguja en dirección del nervio óptico y depositando el medicamento.
11. Se retira la jeringa y se realiza hemostasia compresiva con esponja esteril de gel foam Durante 15 seg.
12. Se deja en observación al paciente.
13. A la hora se toma presión intraocular encontrandose en 16 mmHg
14. Se da instrucciónes para continuar el antibiótico (moxifloxacino) cada 4 horas y se cita a control mañana a las 8: 00 am

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS)

DAVID PAREDES SAA

PAREDES
David Paredes Saa
CIRUJANO OFTALMOLOGO
SUB-ESPECIALISTA EN RETINA Y VITREO
T.P. 86339/2012

OFTALMÓLOGO
REGISTRO MEDICO 86339/2012