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 425329**
Fecha de Expedición: 30/09/2024 4:22:13 PM
Fecha de Vencimiento: 30/10/2024
Fecha de Generación: 30/09/2024 4:21:19 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:** | ARCHILA LOPEZ DUMAR LEANDRO | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 39 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 1099202508 |
| **TIPO DE USUARIO:** | COTIZANTE | **NIVEL:** | NIVEL I |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | | **PROCEDENCIA:** | IPIALES |
| **FECHA FACTURA:** | 30/09/2024 4:21:19 PM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2024-09-28 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 3068450 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2024-09-28 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | CARLOS MIGUEL CORDOBA |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 143403-1 | BX | REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA (PQT) | 1 | 1,800,000.0 | 0.00 | 0.00 | 1,800,000.00 |

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

**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:** 1,800,000.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 1,800,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | |
| **COPAGO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 1,800,000.00 |

**SON:** Un Millon Ochocientos mil 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

45a5653b46941ee27036429e916ae5175da71af50e1927168c75492f857026900a3511c60d76547717a899a88b8fbf2f

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 425329**
Fecha de Expedición: 30/09/2024 4:22:13 PM
Fecha de Vencimiento: 30/10/2024
Fecha de Generación: 30/09/2024 4:21:19 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:** | ARCHILA LOPEZ DUMAR LEANDRO | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **EDAD:** | 39 ANIOS | **IDENTIFICACIÓN:** | 1099202508 |
| **TIPO DE USUARIO:** | COTIZANTE | **NIVEL:** | NIVEL I |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | NA |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 01 | **ID ENTREGA MIPRES:** | NA |
| **DIRECCIÓN:** | | **PROCEDENCIA:** | IPIALES |
| **FECHA FACTURA:** | 30/09/2024 4:21:19 PM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2024-09-28 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 3068450 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2024-09-28 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **PROFESIONAL:** | CARLOS MIGUEL CORDOBA |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 143403-1 | BX | REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA (PQT) | 1 | 1,800,000.0 | 0.00 | 0.00 | 1,800,000.00 |

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:** 1,800,000.00 **TOTAL IVA** 0.00

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 1,800,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | |
| **COPAGO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 1,800,000.00 |

**SON:** Un Millon Ochocientos mil 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

45a5653b46941ee27036429e916ae5175da71af50e1927168c75492f857026900a3511c60d76547717a899a88b8fbf2f

Fecha generación: 27/08/2024 16:07:18

# AUTORIZACIONES

**NÚMERO DE SOLICITUD:** SSERV-2024-08-1652248 **FECHA SOLICITUD:** 8/27/24 4:07 PM

## DATOS DEL PACIENTE

**NOMBRE DEL PACIENTE:** DUMAR LEANDRO ARCHILA LOPEZ
**MUNICIPIO:** IPIALES
**NOMBRE ENTIDAD:** GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
**COBERTURA EN SALUD:** No registra
**GRADO:** MY
**REGIONAL:** SUR OCCIDENTE

**DOCUMENTO:** 1099202508
**DEPARTAMENTO:** NARIÑO
**CODIGO ESM O UPGD:** 523568300880
**ESTADO:** Activo
**FUERZA:** EJC

## INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

**PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR:** CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
**ESPECIALIDAD QUE REMITE:** RIAS por Medicina General (CE) - SSFM
**ACEPTACIÓN:** No registra

**ORIGEN:** Enfermedad general

## DIAGNÓSTICOS

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO DIAGNÓSTICO |
|---|---|---|
| H358 | OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA | Impresión Diagnóstica |

## ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

**EPS/IPS DESTINO:** CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS
**NÚMERO DE CONTRATO:** .198 DIGSA/DMCAL-2024
**DIRECCIÓN:** KR 42 # 18A - 56 OFICINA 505 Pasto - Nariño
**DEPARTAMENTO:** NARIÑO

**CODIGO ESM O UPGD:** 5200100292-01
**TELÉFONO:** 3002053112
**MUNICIPIO:** PASTO

## SERVICIOS AUTORIZADOS

| NÚMERO DE AUTORIZACIÓN | DESCRIPCIÓN CUPS | CÓDIGO | ESPECIALIDAD | CANTIDAD | ESTADO | PRÓXIMA VALORACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AUT-2024-08-3068450 | REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA | 143403 | Oftalmologia (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 DIRECCION DE GMCAB ST. LOSADA SOTTO JHOJAN STEVEN //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 13/07/2024 - CUPS 143403 REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA – ****OJO IZQUIERDO***** // SOLICITADO POR DR CARLOS MIGUEL CORDOBA ORTOPEDIA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA RM 52583 CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS // PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC

SE ADJUNTA COTIZACION CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS DEL 16 JULIO DE 2024 143403 REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA OJO IZQUIERDO VALOR $ 1.800.000

FECHA DE VENCIMIENTO: 27/08/2025

**AUTORIZADA POR:**

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

X Leandro Archila

# 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. 36747 Fecha 2024-07-13

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | DUMAR LEANDRO ARCHILA LOPEZ | | | **DOC. ID:** | CC1099202508 | **FECHA NAC:** | 09/07/1985 |
| **EDAD:** | 39 años 0 meses 14 días | | | **SEXO:** | Masculino | **CIUDAD:** | IPIALES |
| **BARRIO:** | | | | **DIRECCIÓN:** | IPIALES | | |
| **TELÉFONO:** | 3187669824 - 3007220298 | | | **OCUPACIÓN:** | Desempleado | | |
| **TIPO AFIL:** | COTIZANTE | **RÉGIMEN:** | ESPECIAL | **PROFESIONAL:** | CARLOS MIGUEL CORDOBA ORTEGA | | |
| **EPS:** | DISPENSARIO MEDICO DE CALI | | | | | | |
| **PLAN CONTR:** | BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024 | | | | | | |
| **ACUDIENTE:** | | | | **PARENTESCO:** | CABEZA DE FAMILIA | **TELÉF. ACUD:** | |
| **DIAGNÓSTICO:** | H358 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA, Sitio: Bilateral | | | | | | |

**PROCEDIMIENTOS**

| CÓDIGO | NOMBRE | SITIO | CANTIDAD | INDICACIÓN | CIE10 REL | FECHA/HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 143403 | REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA | Izquierdo | 1 | | H358 | 13/07/2024 09:09 |

**CARLOS MIGUEL CORDOBA ORTEGA**
**OFTALMOLOGO**
**Registro No.: 52583**

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
**PAREDES**

San Juan de Pasto, 16 de julio de 2024

Señores
**DIRECCION GENERAL SANIDAD MILITAR**
Ipiales

Cordial Saludo.

Con la presente me permito cotizar para la paciente **DUMAR LEANDRO ARCHILA LOPEZ** identificado con cedula de ciudadanía **No 1.099.202.508** lo siguiente:

| CODIGO CUPS | DETALLE | VALOR |
|---|---|---|
| 143403 | REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA – OJO IZQUIERDO | $ 1.800.000 |

SOLICITAMOS QUE EN LA AUTORIZACIÓN VAYA EL VALOR DEL PROCEDIMIENTO

Atentamente,

Lenny Soto H.

Lenny Soto Herrera
Coord. Contratación y costos

Carrera 40A No. 19B - 15 Av. Panamericana
Torre Praga - Centro Médico
**Teléfono:** (602) 7 41 9272

**E-mail:** auxgerencia@clinicaparedes.com.co
San Juan de Pasto - Nariño - Colombia

SC-CER-78195
CP-CER-PB0187

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.099.202.508

ARCHILA LOPEZ
APELLIDOS

DUMAR LEANDRO
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1985
SANTANA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

12-ABR-2004 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REMEPO LOPEZ

P-2701300-59130231-M-1099202508-20040928 01115 04272A 02 162826892

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

**CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD**



**OFICIAL** **EJC**

**AFILIADO**
**ARCHILA LOPEZ DUMAR LEANDRO**
**CC 1099202508**

**ACTIVO**

**DISCAPACIDAD** **NINGUNA**

**G.S RH** **A+**

Identificación Plástica S.A. 160499/0616

A13128392

**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.

**www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co**

# INICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | ARCHILA LOPEZ DUMAR LEANDRO | **MEDICO TRATANTE:** | CARLOS MIGUEL CORDOBA ORTEGA |
| **IDENTIFICACION:** | 1099202508 | **ENTIDAD:** | DISPENSARIO MEDICO CALI |
| **TIPO DE IDENTIFICACION:** | CEDULA DE CIUDADANIA | **REGIMEN:** | CONTRIBUTIVO |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | 1985-07-09 (39 AÑOS) | **CONTRATO:** | 198 DIGSA/DMCAL-2024-198 |
| **SEXO:** | MASCULINO | **TIPO DE USUARIO:** | COTIZANTE |
| **TELEFONO:** | 3187669824 3187669824 | **NIVEL DE USUARIO:** | NIVEL I |
| **DIRECCION:** | | **OCUPACION:** | |
| **FECHA DE REGISTRO:** | 2024-09-28 12:14:56 | **ACUDIENTE:** | |
| | | **TEL. ACUDIENTE:** | |
| | | **PARENTESCO:** | |

## POS-OPERATORIO

**Fecha:** 2024-09-28 **Horal:** 11:15 **HoraF:** 11:20

**Tipo de Anestesia:** Local

**Diagnostico**

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

**CUPS Intervenciòn Quirurgica I**

143403 - REPARACIÓN ASISTIDA DE LESIÓN RETINAL VÍA EXTERNA OJO IZQUIERDO

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

OJO IZQUIERDO:

1. APLICACIÓN DE TROPICAMIDA + FENILEFRINA GOTAS PARA DILATACIÓN PUPILAR
2. ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE PÁRPADOS, PESTAÑAS Y SUPERFICIE OCULAR CON ISODINE SOLUCIÓN EN OJO IZQUIERDO
3. APLICACIÓN DE CLORHIDRATO DE PROPARACAÍNA 0.5% PARA ANESTESIA TÓPICA DE SUPERFICIE OCULAR
4. SE POSICIONA LENTE OCULAR PRP 165
5. SE IDENTIFICA DESGARROS RETINIANO PERIFÉRICOS
6. SE REALIZA FOTOCOAGULACIÓN ARGON LASER RODEANDO DESGARROS (Y 360° PERIFÉRICOS)
7. FIN DE PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

(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)

CARLOS MIGUEL CORDOBA ORTEGA
OFTALMOLOGO
REGISTRO MEDICO 52983