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 20283
Fecha de Expedición: 10/09/2024 9:23:25 AM
Fecha de Vencimiento: 10/10/2024
Fecha de Generación: 10/09/2024 9:23:24 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: JARAMILLO DE MORENO FLOR DE MARIA
EDAD: 77 Años
TIPO DE USUARIO: Especiales o de excepción cotizante
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: 12
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS: 13
DIRECCIÓN:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC
IDENTIFICACIÓN: 27246318
NIVEL: N/A
MIPRES:
ID ENTREGA MIPRES:
PROCEDENCIA: IPIALES

FECHA FACTURA: 10/09/2024 9:23:24 AM
AUTORIZACIÓN: 3120624
DIAGNÓSTICO:

FECHA INICIO FACTURACIÓN: 2024-09-10
FECHA FINAL FACTURACIÓN: 2024-09-10
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

21abdc2b8b2733d777a47344e9dd28b4f6e76c71899c6fbdf5359d8f175d3388551edd6ad429895d4d57bb5defe727bf

Proveedor Tecnológico: disparoles S.A.S. NIT 860.028.560-2 Software: fact-ar

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 20283
Fecha de Expedición: 10/09/2024 9:23:25 AM
Fecha de Vencimiento: 10/10/2024
Fecha de Generación: 10/09/2024 9:23:24 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:	JARAMILLO DE MORENO FLOR DE MARIA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	77 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27246318
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:		**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	10/09/2024 9:23:24 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-10
AUTORIZACIÓN:	3120624	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-10
DIAGNÓSTICO:		**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 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **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

21abdc2b8b2733d777a47344e9dd28b4f6e76c71899c6fbdf5359d8f175d3388551edd6ad429895d4d57bb5defe727bf

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

Fecha generación: 30/08/2024 11:48:21

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-08-1681344 **FECHA SOLICITUD:** 8/30/24 11:48 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FLOR DE MARIA JARAMILLO DE MORENO
MUNICIPIO: IPIALES
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SS
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 27246318
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: FRANCIA MARYLIN NASPUCIL OSORIO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	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-2024-08-3120624	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 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 16/07/2024 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: 30/08/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

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. 40807 Fecha 2024-07-26

PACIENTE:	FLOR DE MARIA JARAMILLO DE MORENO	**DOC. ID:**	CC27246318	**FECHA NAC:**	31/01/1947
EDAD:	77 años 5 meses 26 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**			
TELÉFONO:	3168117522 - 3186905004	**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:	H527 - TRASTORNO DE LA REFRACCION- NO ESPECIFICADO, Sitio: Bilateral				

PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	NoAplica	1		H527	26/07/2024 10:54
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	NoAplica	1	EN 6 MESES	H527	26/07/2024 10:54

Dra. Mayra Verjel
RM 54 434
Oftalmologo

MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ

OFTALMOLOGO

Registro No.: 54 434



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.246.318
JARAMILLO De MORENO
APELLIDOS
FLOR DE MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1947
IPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-JUL-1966 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-2306700-00157867-F-0027246318-20090529 0011902307A 1 7060100049

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:	46182	**Fecha Admisión:**	10/09/2024 09:22 AM	**No. Folio:**	54821	**Fecha Folio:**	10/09/2024 09:29 AM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	FLOR DE MARIA JARAMILLO DE MORENO	**DOC. ID:**	CC27246318	**FECHA NAC:**	31/01/1947
EDAD:	77 años 7 meses 10 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**			
TELÉFONO:	3168117522 - 3186905004	**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 NO USUARIA DE RX OPTICA, REMITIDO POR OFTALMOLOGIA REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS Y CERCA AMBOS OJOS

USO DE GAFAS: NO USA

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: 20/100	**Visión Lejana:** 20/70
Visión Lejana observacion: NA	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: 20/200	**Visión próxima:** 20/200
Visión próxima observacion: NA	**Visión próxima observacion:** NA
Pinhole: 20/50	**Pinhole:** NO CORRIGE

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esférico: +1.50	**Esférico:** +1.00
cilindro: -0.75	**cilindro:** -1.00
Eje: 67	**Eje:** 162
Agudeza visual binocular: 20/50	
Adición: +3.00	

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

Distancia Pupilar: 32/32

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 43.59	**K1:** 43.82
K2: 44.82	**K2:** 44.80
Eje: 3	**Eje:** 164

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: +1.50	**Esferico:** +1.00
Cilindro: -0.75	**Cilindro:** -1.00
Eje: 60	**Eje:** 160

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: +0.75	**Esfera:** N
Cilindro: NA	**Cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
Agudeza Visual Lejana: 20/50	**Agudeza Visual Lejana:** 20/70
Agudeza Visual Próxima: 20/50	**Agudeza Visual Próxima:** 20/50

Adición: +3.00

Observaciones: CERCA.OD:+3.75 OOI:+3.00

BIOMICROSCOPIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Párpados: BLEFAROCHALASIS	**Párpados:** BLEFAROCHALASIS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE	**Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: PINGUECUAL NASAL	**Conjuntiva:** PINGUECUAL NASAL
Cornea: CENTRAL CLARA	**Cornea:** CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL	**Esclerotica:** NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD	**Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD

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

Iris: REACTIVA	**Iris:** REACTIVA
Cristalino: ESCLEROSIS NUCLEAR	**Cristalino:** ESCLEROSIS NUCLEAR
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 0.2	**Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.2
Macula: NA	**Macula:** NA
Vasos: NORMAL	**Vasos:** NORMAL
Retina: APLICADA	**Retina:** APLICADA

FÓRMULA OFTÁLMICA

Especificaciones del lente: MONOFOCAL CERCA

Filtro: AR

uso: OCASIONAL

control: POSTERIOR A VALORACION POR OFTALMOLOGIA

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H524	PRESBICIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H520	HIPERMETROPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

EXPLICO A PACIENTE QUE VISION NO CORRIGE EN TOTATALIDA DEBIDO A CATARATA,PACIENTE DESEA CIRUGIA SIN EMBARGO MIENTRAS ESPERA SU CITA SOLICITA LENTES,ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO OCASIONAL, PACIENTE REFIERE NECESITAR SOLO DE CERCA,EXPLICÓ QUE EL TIPO DE LENTE ES SOLO PARA VISIÓN PRÓXIMA DE 30 A 40 CM, POR LO QUE PUEDE PRESENTAR MOLESTIAS EN VISIÓN LEJANA (NO ESTÁN DISEÑADOS PARA ESTE TIPO DE VISIÓN), PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA

RECOMIENDO ADQUIRIR LENTES POSTERIOR A CX DE CATARATA, PACIENTE DESEA LENTES AL MOMENTO.

PLAN:
1/ ADAPTACION DE LENTES :MONOFOCAL CERCA
2/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: POSTERIOR A VALORACION POR OFTALMOLOGIA CX

C.C. No. 1085335197
OPTOMETRA
PUAA

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.