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. 1COP 20690
Fecha de Expedición: 13/09/2024 7:25:30 AM
Fecha de Vencimiento: 13/10/2024
Fecha de Generación: 13/09/2024 7:25:28 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:	ORTIZ FIERRO MIGUEL HUMBERTO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	85 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	5356252
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:	MZ 37 CASA 17 VILLA FLOR II	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	13/09/2024 7:25:28 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-13
AUTORIZACIÓN:	3242824	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-13
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	EXAMEN DIAGNOSTICO C DOS

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
951203	94	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	1	120,000.00	0.00	0.00	120,000.00

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

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:	120,000.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	120,000.00

SON: CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: YULIANA ALEJANDRA MARTINEZ

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

f2cb96a64721588c2a7c01e76d284a24a7e25f0b43ec14bb484d0aebfb12c4c0199cd0ef86539deb0859ad47eeb2c776

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. 1COP 20690
Fecha de Expedición: 13/09/2024 7:25:30 AM
Fecha de Vencimiento: 13/10/2024
Fecha de Generación: 13/09/2024 7:25:28 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:	ORTIZ FIERRO MIGUEL HUMBERTO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	85 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	5356252
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:	MZ 37 CASA 17 VILLA FLOR II	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	13/09/2024 7:25:28 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-13
AUTORIZACIÓN:	3242824	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-13
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	EXAMEN DIAGNOSTICO C DOS

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
951203	94	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	1	120,000.00	0.00	0.00	120,000.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1				**SUBTOTAL GENERAL:**	120,000.00
PLAZO: 30 Días				**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
CUOTA MODERADORA: 0.00	**CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00	**PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido	**TOTAL GRAVADO:**	**TOTAL IVA**	**TOTAL:**	120,000.00

SON: CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: YULIANA ALEJANDRA MARTINEZ

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

f2cb96a64721588c2a7c01e76d284a24a7e25f0b43ec14bb484d0aebfb12c4c0199cd0ef86539deb0859ad47eeb2c776

Fecha generación: 09/09/2024 13:25:33

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-09-3242824 **FECHA SOLICITUD:** 9/9/24 1:26 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MIGUEL HUMBERTO ORTIZ FIERRO
MUNICIPIO: PASTO
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ASPC NO. 23 "GR. RAMÓN ESPINA" - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SV
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 5356252
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 520018300780
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	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-2024-09-3242824	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	951203	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE DA GESTION A ESTA AUTORIZACION PREVIO VISTO BUENO DE DIRECCION DE ESM BAS 23 (SUJETO A AUDITORIA)

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ojo izquierdo

FECHA DE VENCIMIENTO: 09/09/2025

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: 09/09/2025

Scanned with CamScanner

PAREDES

CONSULTAS/EXAMEN/PROCEDIMIENTO

INFORMACION DEL PRESTADOR					
NOMBRE:	SEDE PRINCIPAL		**NIT:**	800184080	
CÓDIGO:	520010029201		**DIRECCIÓN PRESTADOR:**	CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA	
TELÉFONO:	7332029				
DEPARTAMENTO:	52	Nariño	**MUNICIPIO:**	001	PASTO
ADMINISTRADORA:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI		**CÓDIGO:**	247	
ID ADMISIÓN:	23109		**FECHA IMPRESIÓN:**	22/05/2024 11:57	

PACIENTE	MIGUEL HUMBERTO ORTIZ FIERRO			**DOC. ID:**	CC5356252	**FECHA NAC:**	07/11/1938
SEXO:	Masculino	**CIUDAD:**	PASTO	**BARRIO:**			
DIRECCIÓN:	MZ 37 CASA 17 VILLA FLOR II			**OCUPACIÓN:**	No se tiene Información		
TELÉFONO:	3187249626 - 3117754731 - 3187249626			**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				**TIPO AFIL:**	COTIZANTE	
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (PASTO) - 197 DIGSA/DMCAL-2024				**RÉGIMEN:**	ESPECIAL	
ACUDIENTE:	MERCEDES ORTIZ			**PARENTESCO:**		**TELÉF. ACUD:**	3187249626

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL	Izquierdo	Impresión diagnostica	Principal

PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Izquierdo	1	FLUORSCEINICA DE RETINA OJO IZQUIERDO	H353	22/05/2024 11:42
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	NoAplica	1	CON RESULTADOS.	H353	22/05/2024 11:43
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	NoAplica	1		H353	22/05/2024 11:43
951903	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE	Izquierdo	1	ANGIO-OCT MACULAR OJO IZQUIERDO	H353	22/05/2024 11:43

No estado en Acuerdo

PAREDES
Victor Andres Florez Revelo
OFTALMOLOGO
R.M. 520549

VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO
OFTALMOLOGO
Registro No.: 520549



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.353.252
ORTIZ FIERRO

APELLIDOS
MIGUEL HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1938
RICAURTE
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

13-JUN-1961 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2310900-00217287-M-0005358252-20100222 0021170872A 1 27102117

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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



EJC

AFILIADO
ORTIZ FIERRO MIGUEL HUMBERTO
CC 5356252

SUBOFICIAL PENSIONADO

DISCAPACIDAD NINGUNA
G.S RH O+

Identificación Plástica S.A. 180499/0818

A13135029

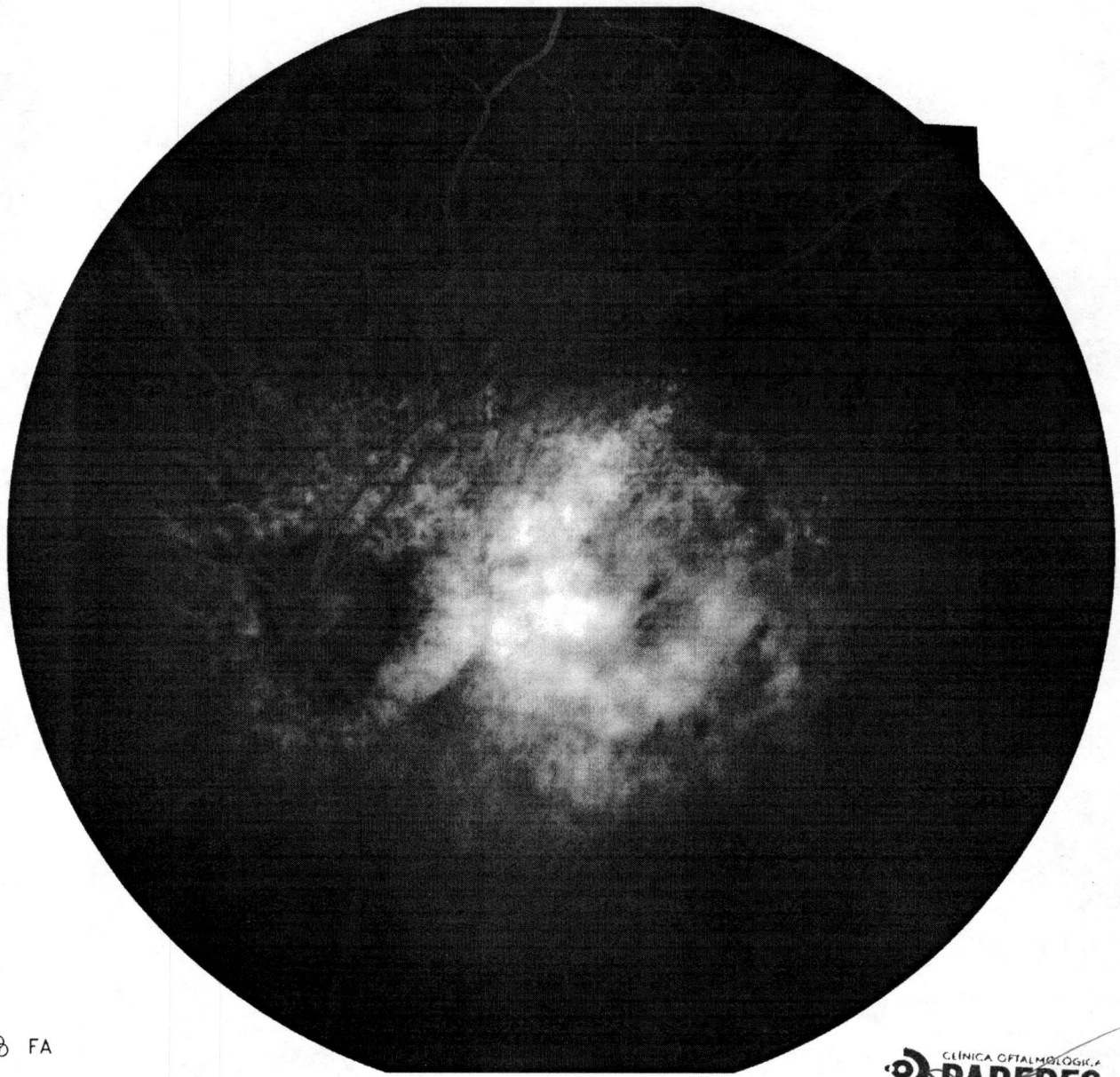
ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

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

Name: **ORTIZ FIERRO, MIGUEL HUMBERTO**
Patient ID: 5356252
Gender: Male

OS - Central
2024/09/13 09:45
Pupil size: 4.5 mm
Time since injection: 02:53.440



FA

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES
EXÁMENES
DIAGNÓSTICOS