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 20817
Fecha de Expedición: 14/09/2024 8:50:53 AM
Fecha de Vencimiento: 14/10/2024
Fecha de Generación: 14/09/2024 8:50:52 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:	CHALAPUD MONTILLA JULIA AURELIA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	51 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27220600
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:	EZEQUIEL MORENO	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	14/09/2024 8:50:52 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-14
AUTORIZACIÓN:	3259969	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-14
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

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:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	38,500.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	38,500.00

SON: TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: Lucy Marisol Aguirre Jaramillo

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

6628ce98bfba36b40b475b1f96f6681d2232ee4fc60dfab2d348865426ea0b43ceaab54d992d25fb232e1ce033cf3b84

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 20817
Fecha de Expedición: 14/09/2024 8:50:53 AM
Fecha de Vencimiento: 14/10/2024
Fecha de Generación: 14/09/2024 8:50:52 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:	CHALAPUD MONTILLA JULIA AURELIA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	51 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27220600
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:	EZEQUIEL MORENO	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	14/09/2024 8:50:52 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-14
AUTORIZACIÓN:	3259969	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-14
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

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

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:	38,500.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	38,500.00

SON: TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: Lucy Marisol Aguirre Jaramillo

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

6628ce98bfba36b40b475b1f96f6681d2232ee4fc60dfab2d348865426ea0b43ceaab54d992d25fb232e1ce033cf3b84

Fecha generación: 10/09/2024 11:37:00

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-09-480987 **FECHA SOLICITUD:** 9/10/24 11:37 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JULIA AURELIA CHALAPUD MONTILLA
MUNICIPIO: PASTO
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ASPC NO. 23 "GR. RAMÓN ESPINA" - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 27220600
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 520018300780
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: KELLY CONSUELO BRAVO ALVAREZ
ESPECIALIDAD QUE REMITE: RIAS por Medicina General (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	Impresión Diagnóstica
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Relacionado

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-2024-09-3259969	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	890276	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

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

OBSERVACIÓN SOLICITUD: USUARIA HIPERTENSA QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE 12 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR OCULAR BILATERAL ASOCIADO A VISION BORROSA AL EXAMEN FISICO CON DOLOR A LA PALPACION BILATERAL CIFRAS TENSIONALES EN METAS SS VAL POR OFTALMOLOGIA PRIORITARIA POR SOSPECHA DE GLAUCOMA
FECHA DE VENCIMIENTO: 10/09/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

Dr. Victor Flores
10 f

D. Victor PAREDES
FECHA: 8:42
PISO: 10

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

ORDEN DE SERVICIO

REMISION ☐ IMAGENOLOGIA ☐
INTERCONSULTA ☐ PARACLINICOS ☐
SUMINISTRO ☐ Nº _____

PROVEEDOR DEL SERVICIO:

NOMBRE: Julia Aurelia Chalapud.
GRADO: Sip. CODIGO: 27220600 FECHA: 9/9/24.
UNIDAD: PARENTESCO EDAD: 51 A.
NOMBRE DEL TITULAR:

SS/ VALORACIÓN POR OFTALMOLOGIA.

Usuaria de 51 años con Dg de HTA - Hipotiroidismo
Refiere cuadro de hace 12 días con dolor Ocular.
Bilateral asociado a Visión Borrosa.

D/C Glaucoma. H400. HTA DOX

FIRMA Y SELLO
Dra. Kelly Bravo
MEDICO RUSO
REGISTRO 520764 - 9
MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO
DIRECTOR DISPENSARIO

FIRMA Y SELLO
EJECUTIVO Y 2do CDTE. GRUPO CABAL

VALIDO POR 60 DÍAS. EL PORTADOR DEBE ACREDITAR IDENTIDAD CON EL RESPECTIVO DOCUMENTO Y/O CARNE DE SERVICIOS MÉDICOS

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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SOLDADO RETIRADO EJC

BENEFICIARIO
CHALAPUD MONTILLA JULIA AURELIA
CC 27220600
Conyuge

AFILIADO
ANDRADE ROMO JORGE GUIDO
CC 87531531

DISCAPACIDAD NINGUNA

G.S RH O-

Identificación Plástica S.A. 180469/0818

A13135031

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1997, 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.220.600

CHALAPUD MONTILLA

APELLIDOS

JULIA AURELIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1973

GUAITARILLA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

30-SEP-1992 GUAITARILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00148945-F-0027220600-20090203 00098 12434A 1 6830009593

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

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

EXAMEN OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

No. Admisión:	47211	**Fecha Admisión:**	14/09/2024 08:49 AM	**No. Folio:**	56399	**Fecha Folio:**	14/09/2024 09:14 AM
Sede:	SEDE PRINCIPAL		**Dirección:**	CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA		**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	JULIA AURELIA CHALAPUD MONTILLA			**DOC. ID:**	CC27220600	**FECHA NAC:**	04/06/1973
EDAD:	51 años 3 meses 10 días			**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	PASTO
BARRIO:				**DIRECCIÓN:**	EZEQUIEL MORENO		
TELÉFONO:	3103857753 - 3147871838			**OCUPACIÓN:**	No se tiene Información		
TIPO AFIL:	BENEFICIARIO	**RÉGIMEN:**	ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI						
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024						
ACUDIENTE:				**PARENTESCO:**		**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 REMITIDA DE PROGRAMA DE CRONICOS, REFIERE DOLOR PUNZANTE, EPIFORA, VISION BORROSA AMBOS OJOS

COLIRIOS: NO APLICA
ÚLTIMO CAMBIO DE GAFAS: NO USA

Finalidad	No Aplica						
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: SI	**Observaciones:** HOGAR
Farmacológicos: SI	**Observaciones:** LOSARTAN
Quirúrgicos: SI	**Observaciones:** 2 CESAREAS, APENDICECTOMIA
Alérgicos: SI	**Observaciones:** METRONIDAZOL
Familiares: NO	**Observaciones:** NA
Patológicos: SI	**Observaciones:** HIPERTENSION ARTERIAL
Otros: NO	**Observaciones:** NA

Examen Oftalmologico -Primera Vez

AGUDEZA VISUAL LEJANA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Sin Correccion: 20/25	**Sin Correccion:** 20/25
Sin Correccion observacion: NA	**Sin Correccion observacion:** NA
Con Correccion: NA	**Con Correccion:** NA
Con Correccion observacion: NA	**Con Correccion observacion:** NA
Tipo: NA	**Tipo:** NA

AUTOREFRACTÓMETRO

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esférico: -0.25	**Esférico:** -0.50
Cilindro: -0.75	**Cilindro:** -0.50
Eje: 19	**Eje:** 21

PUPILAS

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 OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

Observación: MIDRIASIS FARMACOLÓGICA BUENA DILATACIÓN

BIOMICROSCOPIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Párpados: BLEFARITIS	**Párpados:** BLEFARITISM LESION VERRUGOSA EN PARPADO SUPERIOR TERCIO TEMPORAL
Aparato lagrimal: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE BUT CORTO	**Aparato lagrimal:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE BUT CORTO
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: MIDRIASIS FARMACOLÓGICA BUENA DILATACIÓN	**Iris:** MIDRIASIS FARMACOLÓGICA BUENA DILATACIÓN
Cristalino: TRANSPARENTE	**Cristalino:** TRANSPARENTE
Schimmer: NA	**Schimmer:** NA

PRESIÓN INTRA OCULAR

Hora: 09:22

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
mmHg: 16.2	**mmHg:** 12.8

FONDO DE OJO

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Vitreo: CLARO	**Vitreo:** CLARO
Papila (Nervio Óptico): DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.4	**Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.4
Macula: BUEN BRILLO	**Macula:** BUEN BRILLO
Vasos: NORMAL	**Vasos:** NORMAL
Retina: RETINA ADHERIDA, PERIFERIA SANA	**Retina:** RETINA ADHERIDA, PERIFERIA SANA

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H048	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO LAGRIMAL	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	

ANÁLISIS Y PLAN

IDX:
ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL SIN SIGNOS DE RETINOPATIA HIPERTENSIVA
SINDROME DE OJO SECO
PRESBICIA

PLAN:
-SE EXPLICAN HALLAZGOS CLÍNICOS
-SE REALIZA CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA
-SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES (HIGIENE DE MANOS) Y SIGNOS DE ALARMA (DOLOR OCULAR INTENSO, DISMINUCIÓN SÚBITA DE LA VISIÓN)

VALORACION POR OPTOMETRIA

TRATAMIENTO PARA PARPADOS:
CALOR LOCAL EN LAS NOCHES DURANTE 20 MIN
MASAJE Y LIMPIEZA DE PARPADOS EN LAS NOCHES - SPRAINER / BLEPAHGEL
MEIBOS APLICAR UNA GOTA CADA 24 HORAS EN AMBOS OJOS

COLIRIOS:
OPTIVE APLICAR UNA GOTA CADA 4 HORAS EN AMBOS OJOS (4 MESES)

CONTROL EN 4 MESES

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 OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

ANÁLISIS Y PLAN

PAREDES
Victor Flórez Revelo
CIRUJANO OFTALMOLOGO
R.M. 520549

VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO
OFTALMOLOGO
Registro No.: 520549

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