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 21039
Fecha de Expedición: 17/09/2024 9:53:53 AM
Fecha de Vencimiento: 17/10/2024
Fecha de Generación: 17/09/2024 9:53:52 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:	SALCEDO NASTACUAS GREISSI KATERINNE	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	27 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1085635998
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:	IPIALES	**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	17/09/2024 9:53:52 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-17
AUTORIZACIÓN:	3216402	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-17
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

Greissy Salcedo
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

d21d870ea2b7b168c744d05fd75e7b1866be0962ca799c6e413a7483e41c761c1609f625a93fef19f3cd4518f7d7afa2

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

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 21039
Fecha de Expedición: 17/09/2024 9:53:53 AM
Fecha de Vencimiento: 17/10/2024
Fecha de Generación: 17/09/2024 9:53:52 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:	SALCEDO NASTACUAS GREISSI KATERINNE	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	27 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1085635998
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:	IPIALES	**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	17/09/2024 9:53:52 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-17
AUTORIZACIÓN:	3216402	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-17
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

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

TOTAL ÍTEMS: 1				**SUBTOTAL GENERAL:**	28,000.00
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:**	28,000.00

SON: VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

Greissi Salcedo
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

d21d870ea2b7b168c744d05fd75e7b1866be0962ca799c6e413a7483e41c761c1609f625a93fef19f3cd4518f7d7afa2

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Autorizaciones	
	Código:	
	Proceso:	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

Fecha generación: 06/09/2024 11:16:55

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-09-3216402 **FECHA SOLICITUD:** 9/6/24 11:17 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: GREISSY KATERINNE SALCEDO NASTACUAS
DOCUMENTO: 1085635998
MUNICIPIO: PUERRES
DEPARTAMENTO: NARIÑO
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
CODIGO ESM O UPGD: 523568300880
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SV
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

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
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-2024-09-3216402	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 29/07 /2024 CUPS 890207 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA - SOLICITADO POR DR MAYRA MILLENY VERGEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN -Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/09/2025

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: 06/09/2025

X Greissy Salcedo

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

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. 41238 Fecha 2024-07-29

PACIENTE:	GREISSI KATERINNE SALCEDO NASTACUAS			**DOC. ID:**	CC1085635998	**FECHA NAC:**	11/03/1997
EDAD:	27 años 4 meses 18 días			**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:				**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3163969806 - 3168741683			**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
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	NoAplica	1	- CONTROL EN 4 MESES	H527	29/07/2024 12:46
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	NoAplica	1		H527	29/07/2024 12:46

Dra. Mayra Milleny Verjel Hernandez
RM 54 434
Oftalmologo

MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ
OFTALMOLOGO
Registro No.: 54 434

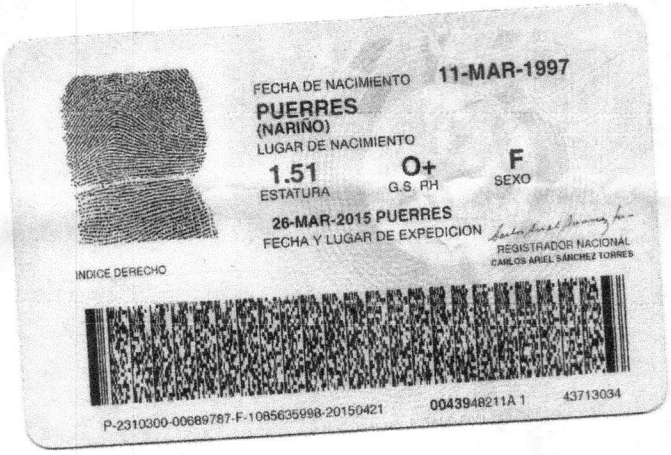

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.635.998

SALCEDO NASTACUAS
APELLIDOS

GREISSY KATERINNE
NOMBRES

Greissy Salcedo
FIRMA



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:	47687	**Fecha Admisión:**	17/09/2024 09:53 AM	**No. Folio:**	57122	**Fecha Folio:**	17/09/2024 10:18 AM
Sede:	SEDE IPIALES	**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO			**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	GREISSI KATERINNE SALCEDO NASTACUAS	**DOC. ID:**	CC1085635998	**FECHA NAC:**	11/03/1997
EDAD:	27 años 6 meses 6 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3163969806 - 3168741683	**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:**	

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: 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: 20/30	**Visión Lejana:** 20/70
Visión Lejana observacion: NA	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: 20/20	**Visión próxima:** 20/20
Visión próxima observacion: NA	**Visión próxima observacion:** NA
Pinhole: 20/20	**Pinhole:** 20/20

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esférico: -1.50	**Esférico:** -2.25
cilindro: -0.75	**cilindro:** -0.25
Eje: 178	**Eje:** 68
Agudeza visual binocular: 20/20	
Adición: -	
Distancia Pupilar: 33/32	

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
K1: 38.24	**K1:** 42.54

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

K2: 36.9
Eje: 68

K2: 43.58
Eje: 8

REFLEJOS PUPILARES

Observación: NORMOREACTIVAS

COVER TEST

VL: ORTHO
VP: ORTHO

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

Real: -
Luz: -
FR: -

MOVIMIENTOS OCULARES

Observación : NORMALES

DUCCIONES

OJO DERECHO:
Ducción: NORMALES

OJO IZQUIERDO:
Ducción: NORMALES

VERSIONES

Observación: NORMALES

REFRACCION

OJO DERECHO:
Esferico: N
Cilindro: -0.75
Eje: 0

OJO IZQUIERDO:
Esferico: -1.25
Cilindro: NA
Eje: NA

RX FINAL

OJO DERECHO:
Esfera: N
Cilindro: -0.50
Eje: 0
Agudeza Visual Lejana: 20/20
Agudeza Visual Próxima: 20/20
Adición: -
Observaciones: -

OJO IZQUIERDO:
Esfera: -1.25
Cilindro: NA
Eje: NA
Agudeza Visual Lejana: 20/20
Agudeza Visual Próxima: 20/20

BIOMICROSCOPIA

OJO DERECHO:
Párpados: SANOS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: LEVE HIPEREMIA, REACCION PAPILAR TARZAL
Cornea: CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: REACTIVA
Cristalino: TRANSPARENTE
Schimmer: NA

OJO IZQUIERDO:
Párpados: SANOS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: PTERIGION NASAL GRADO I- LEVE HIPEREMIA, REACCION PAPILAR TARZAL
Cornea: CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: REACTIVA
Cristalino: TRANSPARENTE
Schimmer: NA

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

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 LEJOS

Filtro: AR

uso: PERMANENTE

control: 11MESES

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H521	MIOPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTE, RECOMIENDO MANEJAR DISTANCIAS, NO FROTE OCULAR CON EL FIN DE PREVENIR EFECTOS MECÁNICOS EN LA CÓRNEA QUE ALTERAN LA REFRACCIÓN, TOMAR PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS DURANTE ACTIVIDADES EN VISIÓN PRÓXIMA, BUENA LUMINOSIDAD EN ENTORNO DE TRABAJO.

PLAN:
1/ ADAPTAÇION DE LENTES : MONOFOCAL LEJOS PLASTICO BLANCO
2/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 11 MESES

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.