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 19704
Fecha de Expedición: 04/09/2024 10:54:18 AM
Fecha de Vencimiento: 04/10/2024
Fecha de Generación: 04/09/2024 10:54:16 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:	GUERRERO CASTILLO LEONILA YOLANDA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	65 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	36993940
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:	04/09/2024 10:54:16 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-04
AUTORIZACIÓN:	2749272	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-04
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

Leonila Guerrero
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

4cc22b2b4a26d0ee5ed26468fe77a90ef0af56f78f033afaeacdb939f5d293e43e12357bdd77c39f59925d73a4fa8dee

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software: text-gist

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 19704
Fecha de Expedición: 04/09/2024 10:54:18 AM
Fecha de Vencimiento: 04/10/2024
Fecha de Generación: 04/09/2024 10:54:16 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:	GUERRERO CASTILLO LEONILA YOLANDA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	65 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	36993940
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:	04/09/2024 10:54:16 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-04
AUTORIZACIÓN:	2749272	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-04
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

Leonila Guerrero
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

4cc22b2b4a26d0ee5ed26468fe77a90ef0af56f78f033afaeacdb939f5d293e43e12357bdd77c39f59925d73a4fa8dee

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

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: 03/08/2024 16:42:49

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-08-2749272 **FECHA SOLICITUD:** 8/3/24 4:42 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LEONILA YOLANDA GUERRERO CASTILLO
DOCUMENTO: 36993940
MUNICIPIO: IPIALES
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: DJ
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H178	OTRAS OPACIDADES O CICATRICES DE LA CORNEA	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-2024-08-2749272	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 27 JUNIO 2024- CUPS 890207 (1) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA // - SOLICITADO POR DRA MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA RM 54434 CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS //PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 03/08/2025

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: 03/08/2025

Leonila Guerrero.

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. 32682 Fecha 2024-06-27

PACIENTE:	LEONILA YOLANDA GUERRERO CASTILLO	**DOC. ID:**	CC36993940	**FECHA NAC:**	08/08/1959
EDAD:	64 años 10 meses 19 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3157677681 - 3154449953	**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:	H178 - OTRAS OPACIDADES O CICATRICES DE LA CORNEA, Sitio: Derecho				

PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	NoAplica	1		H178	27/06/2024 12:37
951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B UNILATERAL	Derecho	1	OJO DERECHO	H178	27/06/2024 12:37
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS CORNEA	NoAplica	1	POR CORNEA CON RESULTADOS	H178	27/06/2024 12:37

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 **36.993.940**
GUERRERO CASTILLO
APELLIDOS
LEONILA YOLANDA
NOMBRES

Leonila Guerrero
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-1959**
IPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
03-NOV-1977 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2306700-00120002-F-0036993940-20081102 0005167852A 1 7060005072

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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



No. CC 36993940 EJC
DJ
GUERRERO CASTILLO LEONILA YOLANDA
AFILIADO:
VALENZUELA CUASPA LIBARDO ISRAEL
CC 13007758
USUARIO: **Conyuge** DISCAPACIDAD: **Ninguna**
AFILIACION: **05/09/2001** VENCE: **INDEFINIDO**

Identificación Plástica S.A. 170809/0717

A13008634

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.
Correo electrónico: afiliacionespqr@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

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

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

No. Admisión:	45056	**Fecha Admisión:**	04/09/2024 10:53 AM	**No. Folio:**	53137	**Fecha Folio:**	04/09/2024 10:57 AM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	LEONILA YOLANDA GUERRERO CASTILLO	**DOC. ID:**	CC36993940	**FECHA NAC:**	08/08/1959
EDAD:	65 años 0 meses 27 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3157677681 - 3154449953	**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 OJO DERECHO

USO 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: NO	**Observaciones:** NA
Farmacológicos: NO	**Observaciones:** NA
Quirúrgicos: NO	**Observaciones:** NA
Alérgicos: NO	**Observaciones:** NA
Familiares: NO	**Observaciones:** NA
Patológicos: SI	**Observaciones:** HTA
Otros: NO	**Observaciones:** NA

Examen Optometria -Primera Vez

AGUDEZA VISUAL Sin Corrección

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Visión Lejana: Cuenta dedos	**Visión Lejana:** 20/80
Visión Lejana observacion: 50CM	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: 20/200	**Visión próxima:** 20/200
Visión próxima observacion: NA	**Visión próxima observacion:** NA
Pinhole: 20/400	**Pinhole:** 20/40-

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esférico: NO TOMA DATO	**Esférico:** NO TOMA DATO

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

cilindro: NA	**cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
Agudeza visual binocular: 20/40	
Adición: +2.50	
Distancia Pupilar: 32/33	
QUERATOMETRIA	
OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
K1: NO TOMA DATO	**K1:** NO TOMA DATO
K2: NA	**K2:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
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: -4.50	**Esferico:** -1.75
Cilindro: -1.25	**Cilindro:** -1.00
Eje: 150	**Eje:** 15
RX FINAL	
OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esfera: -4.00	**Esfera:** -1.75
Cilindro: NA	**Cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
Agudeza Visual Lejana: 20/400	**Agudeza Visual Lejana:** 20/40
Agudeza Visual Próxima: 20/200	**Agudeza Visual Próxima:** 20/20
Adición: +2.50	
Observaciones: -	
BIOMICROSCOPIA	

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

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Párpados: TUMOR BENIGNO PARPADO INFERIOR	**Párpados:** SANOS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE	**Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: TRANQUILA	**Conjuntiva:** TRANQUILA
Cornea: LEUCOMA CENTRAL	**Cornea:** CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL	**Esclerotica:** NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD	**Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: REACTIVA	**Iris:** REACTIVA
Cristalino: NO4	**Cristalino:** NO4
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: NINGUNO

control: POSTERIOR A VALORACION POR OFTALMOLOGIA

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H521	MIOPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

SE EXPLICA A PACIENTE QUE LA VISION NO SE RECUPERA CON LA MEJOR CORRECCION OPTICA OJO DERECHO, FORMULA OPTICA PENDIENTE, SE ENVIA RESULTADOS PARA OFTALMOLOGIA.

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

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

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.