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 26724
Fecha de Expedición: 28/10/2024 2:16:47 PM
Fecha de Vencimiento: 27/11/2024
Fecha de Generación: 28/10/2024 2:16:44 PM

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:	DIAZ ESCOBAR WILSON EMIRO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	30 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	5344870
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:	CIUDAD REAL	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	28/10/2024 2:16:44 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-10-28
AUTORIZACIÓN:	3363559	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-10-28
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	LADY VANESSA RANGEL NINO

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 Dias				**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

CC. 5344870

Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANDREA STEPHANIA BENAVIDES

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

6e91e0fe2e6a13d1db0902f60f90c48f188319e49467725f9601dde1937e75b26af7b811f869ce6a2ca02ecbebe2fa88

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 26724
Fecha de Expedición: 28/10/2024 2:16:47 PM
Fecha de Vencimiento: 27/11/2024
Fecha de Generación: 28/10/2024 2:16:44 PM

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:	DIAZ ESCOBAR WILSON EMIRO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	30 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	5344870
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:	CIUDAD REAL	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	28/10/2024 2:16:44 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-10-28
AUTORIZACIÓN:	3363559	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-10-28
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	LADY VANESSA RANGEL NINO

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

C.C. 5344.870
Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANDREA STEPHANIA BENAVIDES

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

6e91e0fe2e6a13d1db0902f60f90c48f188319e49467725f9601dde1937e75b26af7b811f869ce6a2ca02ecbebe2fa88

Fecha generación: 17/09/2024 14:21:37

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-09-1810912 **FECHA SOLICITUD:** 9/17/24 2:21 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: WILSON EMIRO DIAZ ESCOBAR
MUNICIPIO: PASTO
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ASPC NO. 23 "GR. RAMÓN ESPINA" - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 5344870
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 520018300780
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: JAIRO ANDRES HERNANDEZ GUACA
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H543	DISMINUCION INDETERMINADA DE LA AGUDEZA VISUAL EN AMBOS OJOS	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-2024-09-3363559	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	890207	Optometria (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)SE ANEXA HISTORIA CLINICA DE PACIENTE
OBSERVACIÓN SOLICITUD: se remite a especialidad

FECHA DE VENCIMIENTO: 17/09/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

Wilson Diaz
CC. 5344.870

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

HORA	FECHA	REFERENCIA No.
A.M. ☐ P.M. ☒	2023 11 3 11 2	

GRADO SEVERIDAD: PRIORITARIO ☐ ORDINARIO ☐ | REMISIÓN ☐ INTERCONSULTA ☒ | ORDEN DE LABORATORIO ☐ ORDEN IMÁGENES RX ☐

ORDEN DE LA REFERENCIA

NOMBRE E.S.M.	SERVICIO SOLICITADO	CÓDIGO

NIVEL DE ATENCIÓN: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

SERVICIO SOLICITADO: Valoración Optometría

DESTINO DE LA REFERENCIA

NOMBRE E.S.M/I.P.S	NIVEL DE ATENCIÓN
	I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

ESPECIALIDAD	COD.	CITA OTORGADA	HORA	CONS No.
			A.M. ☐ P.M. ☐	

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	DOC. DE IDENTIDAD No.		SEXO	EDAD	CLASE SEGURO
Wilson Diaz Falla	5346870	R.C. ☐ T.I. ☐ C.C. ☒ C.E. ☐	F ☐ M ☒	49	EG ☐ M ☐ AT ☐ EP ☐

CENTRO DE CIRCUNSCRIPCIÓN DEL USUARIO E.M.S.	CÓDIGO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

CALIDAD USUARIO				BENEFICIARIO	GRADO	NOMBRE DE LA FUERZA Y UNIDAD DONDE LABORA	TELÉFONO	OCUPACIÓN
ACTIVO ☒	PENSIONADO ☐	RETIRADO ☐	ENT. DESCENT ☐	SI ☐ NO ☒	SP			

ANAMNESIS (ANTECEDENTES)

Paciente que presenta cuadro de cefalea de varios días de evolución sin cambios en valoración x optometra

T/A	T°	FR
FC	Peso	Talla

HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO

RESULTADOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ANEXAS)

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

DX: H543

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

Jennifer P. Escobar Arteaga
MEDICO GENERAL
RM. 52-3044
UCC

INCAPACIDAD	
CÓDIGO	TOTAL DÍAS
FECHA INICIACIÓN	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE:

PROFESIÓN

CÓDIGO TARJETA PROFESIONAL

FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DE LA AUTORIZACIÓN

NOMBRE DIRECTOR E.S.M

FIRMA Y SELLO

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 5.344.870



Apellidos
DIAZ ESCOBAR

Nombres
WILSON EMIRO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	M

Fecha de nacimiento — G.S.
12 MAYO 1974 — B+

Lugar de nacimiento
SAPUYES (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
30 SEPT 1992, SAPUYES

Firma

Fecha de expiración
20 SEPT 2033

034619984

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL034619984823130<<<<<<<<<<
7405121M3309209COL5344870<<<<0
DIAZ<ESCOBAR<<WILSON<EMIRO<<<<

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA PASTO - NARIÑO
7332029

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

No. Admisión:	58211	**Fecha Admisión:**	28/10/2024 02:12 PM	**No. Folio:**	73786	**Fecha Folio:**	28/10/2024 02:13 PM
Sede:	SEDE PRINCIPAL		**Dirección:**	CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA		**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	WILSON EMIRO DIAZ ESCOBAR	**DOC. ID:**	CC5344870	**FECHA NAC:**	12/05/1974
EDAD:	50 años 5 meses 16 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	PASTO
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	CIUDAD REAL		
TELÉFONO:	3108629925 - 3132188059	**OCUPACIÓN:**	Desempleado		
TIPO AFIL:	COTIZANTE **RÉGIMEN:** ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	LADY VANESSA RANGEL NINO		
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 RIESGODECONTAGIO (PREVIAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA, USO DE TAPABOCAS, HIGIENIZACIÓN DE MANOS)

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE USUARIO DE RX OPTICA, ULTIMO CAMBIO HACE 7 MESES, ASISTE A CONSULTA POR PRIMERA VEZ REPORTANDO RESEQUEDAD CONSTANTE

USO DE GAFAS: PROGRESIVO + AR

ULTIMO CONTROL POR OFTALMOLOGIA: 2 AÑOS

COLIRIOS: NO REFIERE

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:** CONDUCTOR
Farmacológicos: NO	**Observaciones:** NA
Quirúrgicos: NO	**Observaciones:** NA
Alérgicos: NO	**Observaciones:** NA
Familiares: SI	**Observaciones:** PADRE GLAUCOMA
Patológicos: NO	**Observaciones:** NA
Otros: NO	**Observaciones:** NA

Examen Optometria -Primera Vez

AGUDEZA VISUAL Sin Corrección

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Visión Lejana: 20/20	**Visión Lejana:** 20/20
Visión Lejana observacion: NA	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: NA	**Visión próxima:** NA
Visión próxima observacion: J1	**Visión próxima observacion:** J1
Pinhole: NA	**Pinhole:** NA

LENSOMETRIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
valor: N -0.25 X 65	**valor:** N
adicion: +1.75	**adicion:** +1.75

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esférico: +0.25	**Esférico:** +0.50
cilindro: NA	**cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
Distancia Pupilar: 32/34	

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**

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 TORRE PRAGA PASTO - NARIÑO
7332029

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

K1: 40.50
K2: 41.25
Eje: 1

K1: 40.25
K2: 41.00
Eje: 12

COVER TEST

VP: EXOFORIA

DUCCIONES

OJO DERECHO:
Ducción: NORMALES

OJO IZQUIERDO:
Ducción: NORMALES

VERSIONES

Observación: NORMALES

REFRACCION

OJO DERECHO:
Esferico: +0.50
Cilindro: NA
Eje: NA

OJO IZQUIERDO:
Esferico: +0.50
Cilindro: NA
Eje: NA

RX FINAL

OJO DERECHO:
Esfera: N
Cilindro: NA
Eje: NA
Agudeza Visual Lejana: 20/20
Agudeza Visual Próxima: 20/20
Adición: +2.00

OJO IZQUIERDO:
Esfera: N
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/5SEG
Conjuntiva: REACCION PAPILAR ++
Cornea: CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: CENTRAL REACTIVA
Cristalino: TRANSPARENTE
Schimmer: NA

OJO IZQUIERDO:
Párpados: SANOS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE/5SEG
Conjuntiva: REACCION PAPILAR ++
Cornea: CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: CENTRAL REACTIVA
Cristalino: TRANSPARENTE
Schimmer: NA

FONDO DE OJO

OJO DERECHO:
Vitreo: NO VALORABLE
Papila (Nervio Óptico): NO VALORABLE
Macula: NO VALORABLE
Vasos: NO VALORABLE
Retina: NO VALORABLE

OJO IZQUIERDO:
Vitreo: NO VALORABLE
Papila (Nervio Óptico): NO VALORABLE
Macula: NO VALORABLE
Vasos: NO VALORABLE
Retina: NO VALORABLE

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H101	CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H524	PRESBICIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS: ANALISIS: NO SE ENCUENTRAN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS CON LA FORMULACION ACTUAL, POR LO CUAL SE RECOMIENDA CONTINUAR CON LA MISMA CORRECCION OPTICA.

1/ ADAPTACION DE LENTES : CONTINUAR CON LENTES ACTUALES

2/ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

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 TORRE PRAGA PASTO - NARIÑO
7332029

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

ANÁLISIS Y PLAN

- Nombre Medicamento: POLIETILENGLICOL 400 4mg (0.4%) + PROPILENGLICOL 3mg (0.3%) Unidad FRASCO GOTERO X 10ML 4MG+3MG ,No 3 FRASCOS
Presentación: Solución Oftálmica (LUBRICANTE)
DOSIS: APLICAR UNA GOTA CADA 4 HORAS VIA OFTALMICA EN AMBOS OJOS
Horario: (8AM, 12PM, 4PM, 8PM)
DURACION: 3 FRASCOS PARA 3 MESES (SYSTANE)

3/ SE REMITE A VALORACION POR OFTALMOLOGIA, POR ANTECEDENTE DE PADRE CON GLAUCOMA

4/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 6 MESES

LADY VANESSA RANGEL NINO
OPTOMETRA
Registro No.: 1.098.804.566

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