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 26754
Fecha de Expedición: 28/10/2024 3:40:37 PM
Fecha de Vencimiento: 27/11/2024
Fecha de Generación: 28/10/2024 3:40:35 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:	BENAVIDES SOLARTE LUIS FERNANDO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	52 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	87712411
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:	POTOSI	**PROCEDENCIA:**	POTOSI
FECHA FACTURA:	28/10/2024 3:40:35 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-10-28
AUTORIZACIÓN:	2483168	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-10-28
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	MAYRA MILLENY VERJEL

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890376	94	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Dias
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: 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

bf8e13772dd8ba8830b86b5d27326291af794348ede4a8483e873fb448970a380963ee9c355b6640c1a5b06d4a28f5c7

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 26754
Fecha de Expedición: 28/10/2024 3:40:37 PM
Fecha de Vencimiento: 27/11/2024
Fecha de Generación: 28/10/2024 3:40:35 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:	BENAVIDES SOLARTE LUIS FERNANDO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	52 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	87712411
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:	POTOSI	**PROCEDENCIA:**	POTOSI
FECHA FACTURA:	28/10/2024 3:40:35 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-10-28
AUTORIZACIÓN:	2483168	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-10-28
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	MAYRA MILLENY VERJEL

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890376	94	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software fac1-web

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: 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

bf8e13772dd8ba8830b86b5d27326291af794348ede4a8483e873fb448970a380963ee9c355b6640c1a5b06d4a28f5c7

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: 16/07/2024 15:37:42

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-07-2483168 **FECHA SOLICITUD:** 7/16/24 3:35 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE
DOCUMENTO: 87712411
MUNICIPIO: POTOSI
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: MY
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: OSCAR DARIO GUAJE BECERRA
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Enfermeria (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	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-2024-07-2483168		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	890376	Oftalmologia (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 SV OSCAR DARIO GUAJE BECERRA //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 28/06/2024 CUPS 890376 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA SOLICITADO POR DR -MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN –Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 16/07/2025

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: 16/07/2025

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

PACIENTE	LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE			DOC. ID:	CC87712411	FECHA NAC:	11/11/1971
SEXO:	Masculino	CIUDAD:	POTOSI	BARRIO:			
DIRECCIÓN:	POTOSI			OCUPACIÓN:	Desempleado		
TELÉFONO:	3104304259 - 3108245769			PROFESIONAL:	MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				TIPO AFILIADO:	COTIZANTE	
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024				RÉGIMEN:	ESPECIAL	
ACUDIENTE:				PARENTESCO:	CABEZA DE FAMILIA	TELÉF. ACUD:	
DIAGNÓSTICO:	H400 - SOSPECHA DE GLAUCOMA, Sitio: Bilateral						

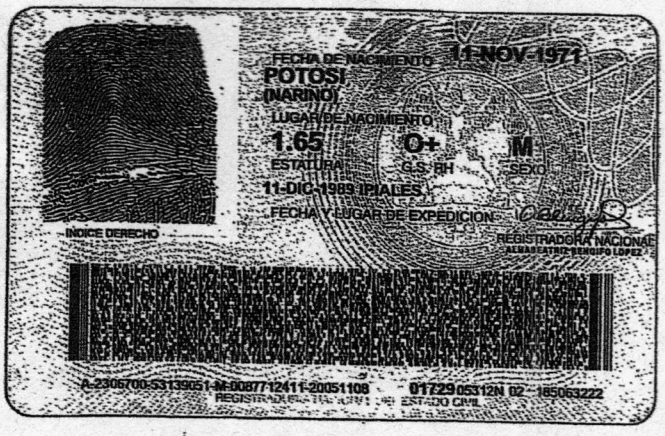
PROCEDIMIENTOS

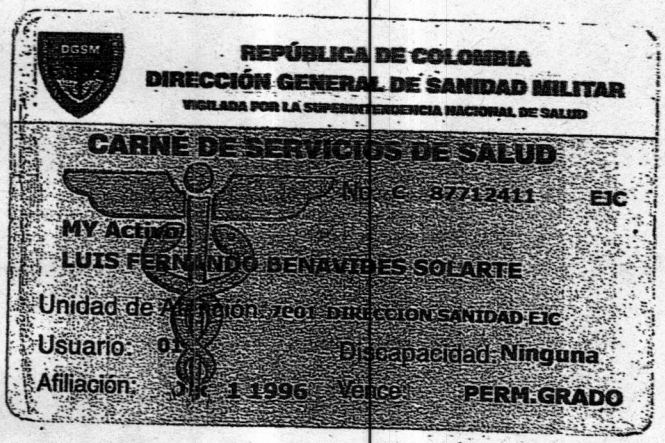
CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR BILATERAL	Bilateral	2	DE NERVIO AMBOS OJOS	H400	28/06/2024 09:27
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	NoAplica	1		H400	28/06/2024 09:26
950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO BILATERAL	Bilateral	2	AMBOS OJOS	H400	28/06/2024 09:26
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	NoAplica	1	CON RESULTADOS	H400	28/06/2024 09:27

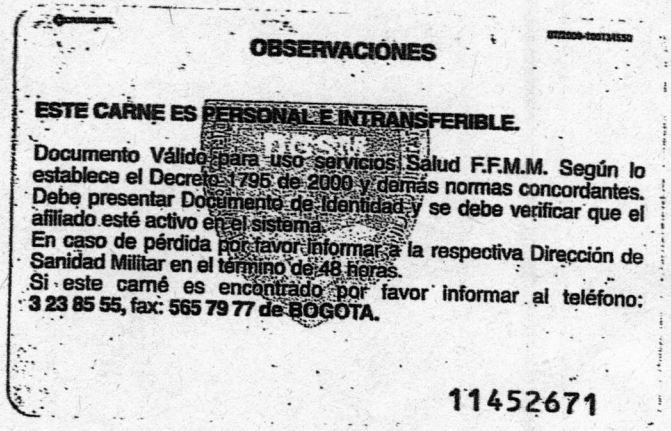
Dra. Mayra Milleny Verjel Hernandez
RM 54 434
Oftalmología

MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ
OFTALMOLOGO
Registro No.: 54 434


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
87.712.411
NUMERO
BENAVIDES SOLARTE
APELLIDOS
LUIS FERNANDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1971
POTOSI
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
11-DIC-1989 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2305700-53139051-M-00877-12411-20051108
01729 05312N 02 185063222


REPÚBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD
No. C 87712411 EIC
MY Activo
LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE
Unidad de Afiliación: 7C01 DIRECCION SANIDAD EJC
Usuario: 01 Discapacidad: Ninguna
Afiliación: EJC 1 1996 Vence: PERM.GRADO


OBSERVACIONES
ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE.
Documento Válido para uso servicios Salud F.F.M.M. Según lo establece el Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Debe presentar Documento de Identidad y se debe verificar que el afiliado esté activo en el sistema.
En caso de pérdida por favor informar a la respectiva Dirección de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si este carné es encontrado por favor informar al teléfono: 3 23 85 55, fax: 565 79 77 de BOGOTA.
11452671

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029205
CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO IPIALES - NARIÑO
7332029

NOTA DE EVOLUCION

No. Admisión:	58272	Fecha Admisión:	28/10/2024 03:40 PM	No. Folio:	73943	Fecha Folio:	28/10/2024 04:46 PM
Sede:	SEDE IPIALES			Dirección:	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	Teléfono:	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	LUIS FERNANDO BENAVIDES SOLARTE	DOC. ID:	CC87712411	FECHA NAC:	11/11/1971
EDAD:	52 años 11 meses 17 días	SEXO:	Masculino	CIUDAD:	POTOSI
BARRIO:		DIRECCIÓN:	POTOSI		
TELÉFONO:	3104304259 - 3108245769	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:	

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

NOTAS EVOLUCION

NOTA DE EVOLUCION: 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)

PACIENTE ASISTE A CONTROL CON RESULTADOS
OCT DE NERVIO
OJO DERECHO : RNFL: 104 - AREA DE DISCO:1.71 - GCC: 99
OJO IZQUIERDO : RNFL: 104 - AREA DE DISCO:1.58 - GCC: 103

CAMPO VISUAL : DENTRO DE LIMITES NORMALES

AGUDEZA VISUAL LEJANA SIN CORRECCIÓN:
OJO DERECHO: 20/40
OJO IZQUIERDO:20/30

BIOMICROSCOPÍA:
OJO DERECHO:
PÁRPADOS: SANOS
APARATO LAGRIMAL: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
CONJUNTIVA: TRANQUILA
CÓRNEA: TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR: FORMADA
IRIS: PUPILA NEGRA CENTRAL REACTIVA
CRISTALINO: TRANSPARENTE

OJO IZQUIERDO:
PÁRPADOS: SANOS
APARATO LAGRIMAL: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
CONJUNTIVA: TRANQUILA
CÓRNEA: TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR: FORMADA
IRIS: PUPILA NEGRA CENTRAL REACTIVA
CRISTALINO: TRANSPARENTE

PRESIÓN INTRAOCULAR: 13 /13 MMHG

FONDO DE OJO
DILATA: NO

OJO DERECHO
VÍTREO: CLARO
NERVIO: EXCAVACIÓN 0.1
MÁCULA: SANA
PERIFERIA: RETINA APLICADA

OJO IZQUIERDO
VÍTREO: CLARO
NERVIO: EXCAVACIÓN 0.1

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

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029205
CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO IPIALES - NARIÑO
7332029

NOTA DE EVOLUCION

MÁCULA: SANA
PERIFERIA: RETINA APLICADA

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
M350	SINDROME SECO [SJ"GREN]	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	

ANÁLISIS Y PLAN

ANÁLISIS
- PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR SOSPECHA DE GLAUCOMA, CON REPORTE DE OCT DE NERVIO Y CAMPO VIUSAL DENTRO DE LIMITES NORMALES, CONTROL EN 6 MESES
- OJO SECO
-DEFECTO REFRACTIVO

PLAN:
- SULFATO DE CONDROITINA + HIALURONATO DE SODIO APLICAR UNA GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS (6) CONTROL EN 6 MESES

- 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)

Dra Mayra Millenly Verjel Hernandez
RM 54 434
Oftalmologa

MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ
OFTALMOLOGO
Registro No.: 54 434

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