16126

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

Fundación Ver Sin Fronteras

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 05e2fb60f7d9e940efedd1fef9c62f4fc6f03ed81ca8cc2bc84fd683098f0d12487cb7a273d737c7bcc40edb62b57d61

No. FVSF 18075

Cliente : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA

C.C. ó Nit: 901541137-1 Teléfonos: -

Fecha : 18/11/2023 12:23:42

Dirección: AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27

Vencimiento: 18/12/2023

E-Mail: radicacion.cuentas@correo.tool.com.co

Pais: Colombia

Detalle : 66100

Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		UNIDAD	1.00	0	0.00	61,500.00	61,500.00
2	952001	NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 3387763 BIOMETRIA OCULAR NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 3387762 ANGELA ROSA PARADA ARIAS CC: 37812070		UNIDAD	1.00	0	0.00	48,000.00	48,000.00

CONSORCIO AUDITOOL 2024
20 SEP 2024
RADICADO

Son: Ciento Nueve Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2023-11-18 12:24:08

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	109,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	109,500
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	109,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
EUlVxlcXagexrkAXGWqo56PWiZ7Nojz4kNdVZn8b0QSrDzPVUpTBduF4zf7lhbTZBylvRQrCGz/NVpX4zc56yiBKIIYaBgEJXj8B+igXvfC3IqOsm8Z7dOYITBi4pBiOFYza
UfS2RACHufCr4pqn1HYtgCVrjOUUSBBSUOwFHSxuHtsRYE5X4I9kh8HgTVW6U0PTs26BE16CcKx1Uq+YHTb3p8ON59leRlzl4v0FzTkZO0i6DHVxKeU7BbM+4K/3si
sivc/6xtuu6DhRJZ1LMdKuh4McOl2AVHAXFbXQY7vjk4xwVN4rAfLmMc8FWpy1OqZZCRhTJFciKwNffM6zmw==

Res. DIAN No. 18764042710843 Habilitada para Electrónica de 11/01/2023 Prefijo FVSF Numeracion del 10856 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 05e2fb60f7d9e940efedd1fef9c62f4fc6f03ed81ca8cc2bc84fd683098f0d12487cb7a273d737c7bcc40edb62b57d61

No. FVSF 18075

Cliente : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA

C.C. ó Nit: 901541137-1 Teléfonos: -

Fecha : 18/11/2023 12:23:42

Dirección: AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27

Vencimiento: 18/12/2023

E-Mail: radicacion.cuentas@correo.tool.com.co

Pais: Colombia

Detalle : 66100

Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		UNIDAD	1.00	0	0.00	61,500.00	61,500.00
2	952001	NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 3387763 BIOMETRIA OCULAR NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 3387762 ANGELA ROSA PARADA ARIAS CC: 37812070		UNIDAD	1.00	0	0.00	48,000.00	48,000.00

Son: Ciento Nueve Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2023-11-18 12:24:08

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	109,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	109,500
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	109,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
EUlVxlcXagexrkAXGWqo56PWiZ7Nojz4kNdVZn8b0QSrDzPVUpTBduF4zf7IhbTZBylvRQrCGz/NVpX4zc56yiBKIlYaBgEJXj8B+igXvfC3IqOsm8Z7dOYITBi4pBiOFYza
UfS2RACHufCr4pqn1HYtgCVrjOUUSBBSUOwFHSxuHtsRYE5X4l9kh8HgTVW6U0PTs26BE16CcKx1Uq+YHTb3p8ON59leRlzl4v0FzTkZO0i6DHVxKeU7BbM+4K/3si
sivc/6xtuu6DhRJZ1LMdKuh4McOl2AVHAXFbXQY7vjk4xwVN4rAfLmMc8FWpy1OqZZCRhTJFciKwNffM6zmw==

Res. DIAN No. 18764042710843 Habilitada para Electrónica de 11/01/2023 Prefijo FVSF Numeracion del 10856 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

Fecha generación: 22/08/2024 14:56:22

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2023-10-3387762 **FECHA SOLICITUD:** 10/11/23 1:41 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANGELA ROSA PARADA ARIAS
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SVL
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37812070
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-10-3387762	BIOMETRÍA OCULAR	952001	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORIA CONCURRENTE Y DE CUENTAS TRANSCRIPCIÓN DE ANEXO RELACIONADO POR LA IPS* AUTORIZACIÓN ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACIÓN DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE DE LA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACIÓN N°1407

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ***OJO DERECHO*******

FECHA DE VENCIMIENTO: 08/04/2024

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 08/04/2024

Fecha generación: 22/08/2024 12:57:35

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2023-10-3387763 **FECHA SOLICITUD:** 10/11/23 1:41 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANGELA ROSA PARADA ARIAS
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SVL
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37812070
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-10-3387763	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORIA CONCURRENTE Y DE CUENTAS TRANSCRIPCIÓN DE ANEXO RELACIONADO POR LA IPS* AUTORIZACIÓN ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACIÓN DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE DE LA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACIÓN N°1407

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ***OJO DERECHO*******

FECHA DE VENCIMIENTO: 08/04/2024

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 08/04/2024

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

Apellido: **PARADA, ANGELA**
No. ident.: **37812070**
Fecha de nacimiento: **26/06/1952**
Fecha medición: **28/10/2023**

Operador: **FUNDACION**
Fórmula: **SRK®/T**
n: **1.3375**

ZEISS

Datos preoperatorios:

AL: **21.69 mm (*)**
K1: **44.82 D / 7.53 mm @ 174°**
K2: **45.06 D / 7.49 mm @ 84°**
Equiv. esf.: **44.94 D**
Cil.: **-0.24 D @ 174°**
R: **7.51 mm (SD = 0.01 mm)**

Refr. aspirada: **0.05 D**
ACD ópt.: **2.84 mm**
Agudeza visual:
Refracción:
Estado: **Fáquico**

OD
ojo derecho

AQUAFOLD FLEX CBF32		EYECRIL ACTVDIYH600		EYECRIL PLUS ASHFY60		EYECRIL PLUS-600ROH	
Const. A:	118.2	Const. A:	118	Const. A:	118.5	Const. A:	118.7
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
26.0	-0.95	26.0	-1.19	26.5	-0.97	27.0	-1.10
25.5	-0.58	25.5	-0.81	26.0	-0.61	26.5	-0.74
25.0	-0.22	25.0	-0.44	25.5	-0.25	26.0	-0.38
24.5	**0.14**	**24.5**	**-0.07**	**25.0**	**0.11**	**25.5**	**-0.03**
24.0	0.50	24.0	0.29	24.5	0.46	25.0	0.32
23.5	0.85	23.5	0.65	24.0	0.81	24.5	0.67
23.0	1.20	23.0	1.01	23.5	1.15	24.0	1.01
Emet. IOL: 24.70		Emet. IOL: 24.40		Emet. IOL: 25.15		Emet. IOL: 25.46	

Datos preoperatorios:

AL: **21.97 mm (!) (SD = 0.02 mm, SNR = 156.7)**
K1: **44.76 D / 7.54 mm @ 142°**
K2: **45.49 D / 7.42 mm @ 52°**
Equiv. esf.: **45.13 D**
Cil.: **-0.73 D @ 142°**
R: **7.48 mm (SD = 0.00 mm)**

Refr. aspirada: **0.05 D**
ACD ópt.: **3.93 mm**
Agudeza visual:
Refracción:
Estado: **Fáquico**

OS
ojo izquierdo

AQUAFOLD FLEX CBF32		EYECRIL ACTVDIYH600		EYECRIL PLUS ASHFY60		EYECRIL PLUS-600ROH	
Const. A:	118.2	Const. A:	118	Const. A:	118.5	Const. A:	118.7
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
25.0	-1.05	24.5	-0.89	25.5	-1.08	25.5	-0.86
24.5	-0.68	24.0	-0.53	25.0	-0.72	25.0	-0.50
24.0	-0.32	23.5	-0.16	24.5	-0.36	24.5	-0.15
23.5	**0.04**	**23.0**	**0.20**	**24.0**	**-0.01**	**24.0**	**0.20**
23.0	0.40	22.5	0.55	23.5	0.34	23.5	0.54
22.5	0.75	22.0	0.91	23.0	0.69	23.0	0.88
22.0	1.09	21.5	1.25	22.5	1.03	22.5	1.22
Emet. IOL: 23.56		Emet. IOL: 23.28		Emet. IOL: 23.99		Emet. IOL: 24.28	

(* = Cambiar manualmente, ! = Valor límite)

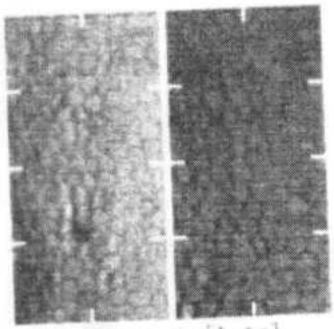
Observación: Se deberá verificar la plausibilidad de los AL- valores de medición ya que podrían existir modificaciones patológicas.

YMD:16/Nov/2023 15:48:19
EM-[illegible] Ver.: 1R

ID : 3781207[illegible]
Name: ANGELLA ROSA PARADA
Sex : Female

RIGHT LEFT

Fix



	[Auto]	[Auto]
NUM	215	196
CD	2477	2031
AVG	404	496
SD	152	197
CV	38	40
MAX	741	1076
MIN	80	161
GA	47	45
CCT	512	515

(0)

Print:16/Nov/2023 16:48

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre ANGELA ROSA PARADA ARIAS

Documento 37812070 **Fecha** Agosto 29, 2023

Entidad

S.S. / BIOMETRIA OCULAR - (952001) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dra. Angela Cruz.

Dx: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre ANGELA ROSA PARADA ARIAS

Documento 37812070 **Fecha** Agosto 29, 2023

Entidad

S.S. / RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES - (950610) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dra. Angela Cruz.

Dx: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

Fundación Ver Sin Fronteras

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 2377434b929d08796669df1cab90df383513813cd84da75c03f955000dd26d01ba71a9daeb1fb1b2c7681588ffcf71ab

No. FVSF 18442

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1 Teléfonos: -	Fecha :	24/11/2023 10:38:06
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27	Vencimiento:	24/12/2023
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co	Pais:	Colombia
Detalle :	854351	Ciudad:	BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 3279469		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00
2	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO NUMERO AUTORIZACION: 3279470		UNIDAD	2.00	0	0.00	70,000.00	140,000.00
3	952501	PAQUIMETRIA NUMERO AUTORIZACION: 3279471 JOSE MANUEL FRANCO CRUZ CC. 11306260		UNIDAD	2.00	0	0.00	41,800.00	83,600.00

CONSORCIO AUDITOOL 2024
20 SEP 2024
RADICADO

Son: Cuatrocientos Ochenta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2023-11-24 10:38:10

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	481,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	481,400
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	481,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
hhcDIvAN6fZ6usR4h3RygliQ/dfxqcba4ez/QEg2Sw1f4MTyHQ4OzTRw5fSWdsk7MOMypzLwGwRtNS24i7Y+PL+BA8a/qW/2tUeRsAI1x5paOQnXfaos6Q6ZlgRWvGnh
cHDEn1w4QoicEKz9zdQrEitOFggd7kwCyeMWm1sF7oouJqtMglnLtLIPQtAtUmqbONtfs9BlNBRYDAeQMm3X4yMq1rjiTP0V+KdhOSO95gIVi25iXX5PbaLbEyLPr/xkiR
GUcO7ciPJ7YgIINHCE/7Hi78+IRr7oQF/sM0ZdgMumoZtB9c6YJW/WISCXHY1iv1iWPT+2uU2rHYOhq2f+Cw==

Res. DIAN No. 18764042710843 Habilitada para Electrónica de 11/01/2023 Prefijo FVSF Numeracion del 10856 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

Fundación Ver Sin Fronteras

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 2377434b929d08796669df1cab90df383513813cd84da75c03f955000dd26d01ba71a9daeb1fb1b2c7681588ffcf71ab

No. FVSF 18442

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1 Teléfonos: -	Fecha :	24/11/2023 10:38:06
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27	Vencimiento:	24/12/2023
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co	Pais:	Colombia
Detalle :	854351	Ciudad:	BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 3279469		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00
2	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO NUMERO AUTORIZACION: 3279470		UNIDAD	2.00	0	0.00	70,000.00	140,000.00
3	952501	PAQUIMETRIA NUMERO AUTORIZACION: 3279471 JOSE MANUEL FRANCO CRUZ CC. 11306260		UNIDAD	2.00	0	0.00	41,800.00	83,600.00

Son: Cuatrocientos Ochenta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2023-11-24 10:38:10

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	481,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	481,400
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	481,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
hhcDlvAN6fZ6usR4h3RyglIQ/dfxqcba4ez/QEg2Sw1f4MTyHQ4OzTRw5fSWdsk7MOMypzLwGwRtNS24i7Y+PL+BA8a/qW/2tUeRsAI1x5paOQnXfaos6Q6ZlgRWvGnh
cHDEn1w4QoicEKz9zdQrEitOFggd7kwCyeMWm1sF7oouJqtMglnLtLIPQtAtUmqbONtfs9BlNBRYDAeQMm3X4yMq1rjiTP0V+KdhOSO95glVi25iXX5PbaLbEyLPr/xkiR
GUcO7ciPJ7YgIINHCE/7Hi78+IRr7oQF/sM0ZdgMumoZtB9c6YJW/WISCXHY1iv1iWPT+2uU2rHYOhq2f+Cw==

Res. DIAN No. 18764042710843 Habilitada para Electrónica de 11/01/2023 Prefijo FVSF Numeracion del 10856 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

Fecha generación: 17/09/2024 12:16:17

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2023-10-3279470 **FECHA SOLICITUD:** 10/3/23 2:49 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE MANUEL FRANCO CRUZ
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SM
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 11306260
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-10-3279470	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	950505	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: CATARATA AO MAS OD, AMERITA OPTOMETRIA Y VALORACION POR SEGMENTO ANTERIOR .
ASI MISMO PIO LIMITE , CON EXCAVACION OSPECHOSA E OI , AMERITA PARACLNICA DE GLAUCOMA
CONTROL 3 MESES POR DISPENSARIO
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/03/2024

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/03/2024

Fecha generación: 02/09/2024 15:14:44

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2023-10-3279469 **FECHA SOLICITUD:** 10/3/23 2:49 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE MANUEL FRANCO CRUZ
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SM
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 11306260
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-10-3279469	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: CATARATA AO MAS OD, AMERITA OPTOMETRIA Y VALORACION POR SEGMENTO ANTERIOR .
ASI MISMO PIO LIMITE , CON EXCAVACION OSPECHOSA E OI , AMERITA PARACLNICA DE GLAUCOMA
CONTROL 3 MESES POR DISPENSARIO
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/03/2024

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/03/2024

Fecha generación: 02/09/2024 15:15:05

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2023-10-3279471 **FECHA SOLICITUD:** 10/3/23 2:49 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE MANUEL FRANCO CRUZ
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SM
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 11306260
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-10-3279471	PAQUIMETRÍA	952501	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: CATARATA AO MAS OD, AMERITA OPTOMETRIA Y VALORACION POR SEGMENTO ANTERIOR .
ASI MISMO PIO LIMITE , CON EXCAVACION OSPECHOSA E OI , AMERITA PARACLNICA DE GLAUCOMA
CONTROL 3 MESES POR DISPENSARIO
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/03/2024

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/03/2024

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre JOSE MANUEL FRANCO CRUZ

Documento 11306260 **Fecha** Noviembre 13, 2023

Entidad

S.S. / TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR - (951902) Ambos Ojos Cantidad: 2

Dx: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

FORMULA MEDICA

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre JOSE MANUEL FRANCO CRUZ

Documento 11306260 **Fecha** Noviembre 13, 2023

Entidad

S.S. / PAQUIMETRIA -(952501) Ambos Ojos Cantidad: 2

Dx: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre JOSE MANUEL FRANCO CRUZ

Documento 11306260 **Fecha** Noviembre 13, 2023

Entidad

S.S. / ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO - (950505) Ambos Ojos Cantidad: 2

Dx: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

ANÁLISIS DE CAMPO ÚNICO

OJO: IZQUIERDO

NOMBRE: JOSE MANUEL FRANCO

FDN: 17-11-1959

ID: 11306260

CENTRAL 24-2. PRUEBA DE UMBRAL

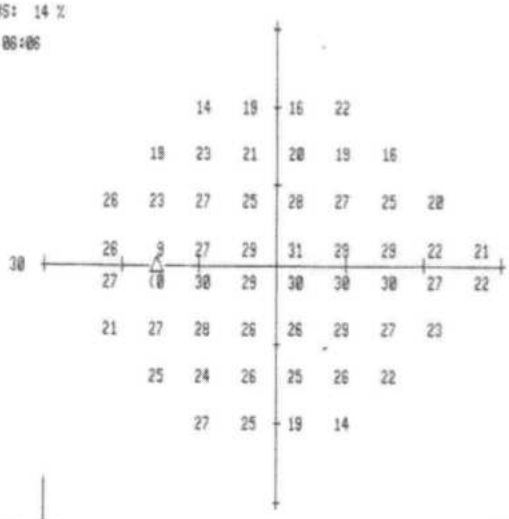
MONITOR DE FIJACIÓN: MIRADA/MANCHA CIEGA
OBJETIVO DE FIJACIÓN: CENTRAL
PÉRDIDAS DE FIJACIÓN: 1/18
ERRORES FALSOS POSITIVOS: 0 %
ERRORES FALSOS NEGATIVOS: 14 %
DURACIÓN DE LA PRUEBA: 06:06

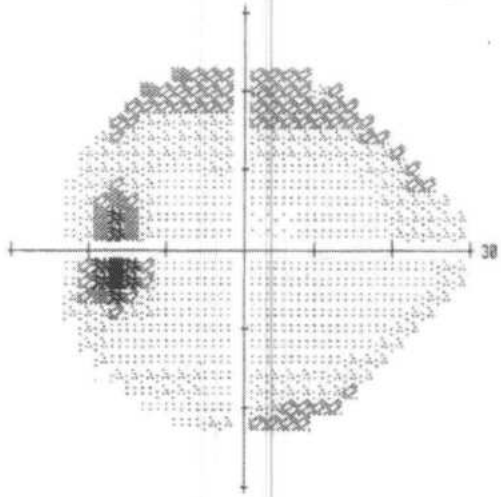
ESTÍMULO: III. BLANCO
FONDO: 31.5 ASB
ESTRATEGIA: SITA-STANDARD

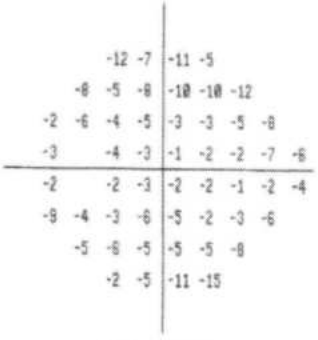
DIÁMETRO DE PUPILA: 5.4 MM
AGUDEZA VISUAL: 20/60
RX: +4.25 DS OC X

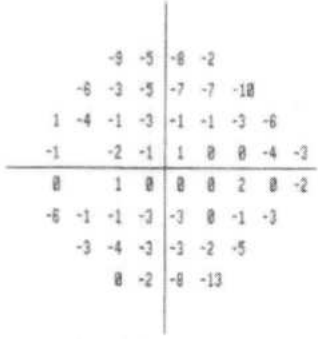
FECHA: 23-11-2023
HORA: 1:58 PM
EDAD: 64

FOVEAL: 40 DB







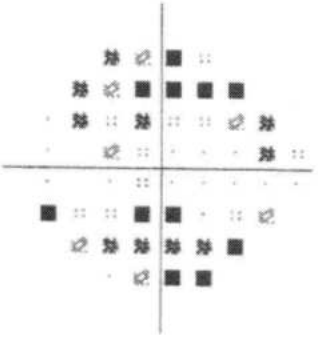


PHG
FUERA DE LÍMITES NORMALES

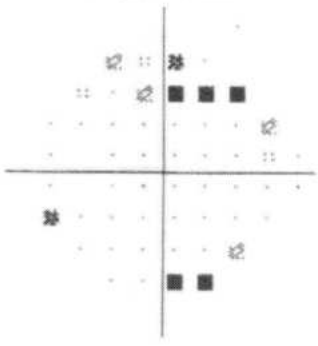
VFI 94%

DM -4.73 DB P < 0.5%
DSM 3.13 DB P < 2%

DESVIACIÓN TOTAL



DESVIACIÓN DEL MODELO



:: < 5%
⌀ < 2%
✱ < 1%
■ < 0.5%

FUNDACION
VER SIN FRONTERAS
DR JORGE RONCO
NIT 900707850
TEL 7000090

© 2010 CARL ZEISS MEDITEC
HFA II 750-8482-5.0/5.0

ANÁLISIS DE CAMPO ÚNICO

NOMBRE: JOSE MANUEL FRANCO
ID: 11306260

OJO: DERECHO
FDN: 17-11-1959

CENTRAL 24-2, PRUEBA DE UMBRAL

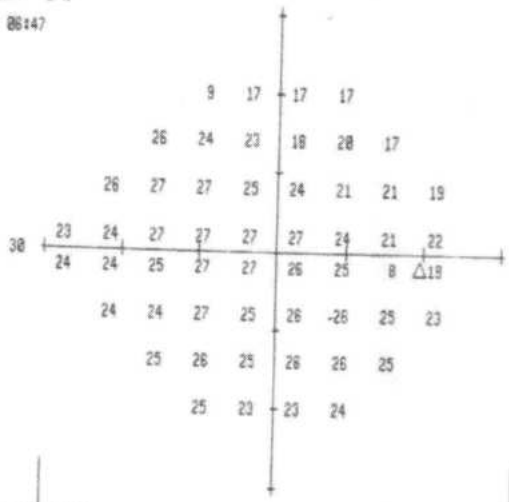
MONITOR DE FIJACIÓN: MIRADA/MANCHA CIEGA
OBJETIVO DE FIJACIÓN: CENTRAL
PÉRDIDAS DE FIJACIÓN: 1/17
ERRORES FALSOS POSITIVOS: 0 %
ERRORES FALSOS NEGATIVOS: 6 %
DURACIÓN DE LA PRUEBA: 06:47

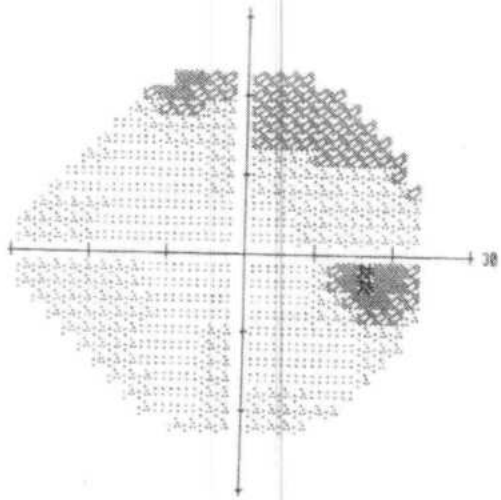
ESTÍMULO: III, BLANCO
FONDO: 31.5 ASB
ESTRATEGIA: SITA-STANDARD

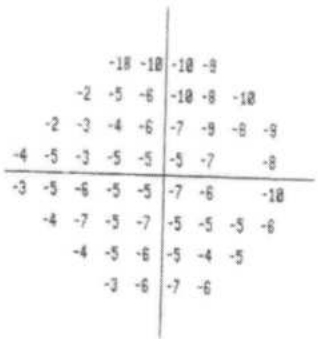
DIÁMETRO DE PUPILA: 4.5 MM
AGUDEZA VISUAL: 20/200
RX: +0.75 DS OC X

FECHA: 23-11-2023
HORA: 1:50 PM
EDAD: 64

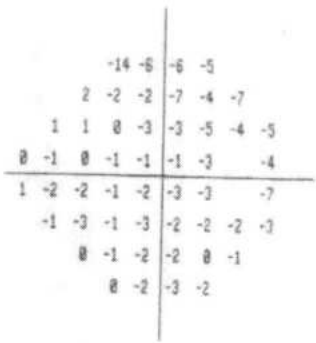
FOVEAL: 31 DB







DESVIACIÓN TOTAL



DESVIACIÓN DEL MODELO

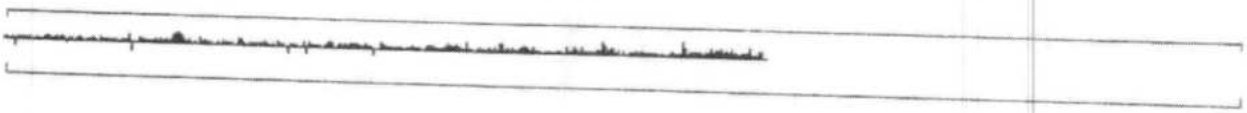
PHG
FUERA DE LÍMITES NORMALES

VFI 95%

DM -5.90 DB P < 0.5%
DSM 2.36 DB P < 5%

:: < 5%
∴ < 2%
⁘ < 1%
■ < 0.5%

FUNDACION
VER SIN FRONTERAS
DR JORGE PONCE
NIT 900707950
TEL 7000090



© 2010 CARL ZEISS MEDITEC
HFA II 750-8482-5.0/5.0

Patient: FRANCO , JOSE MANUEL
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: AMAYA, PAULA
Disease:

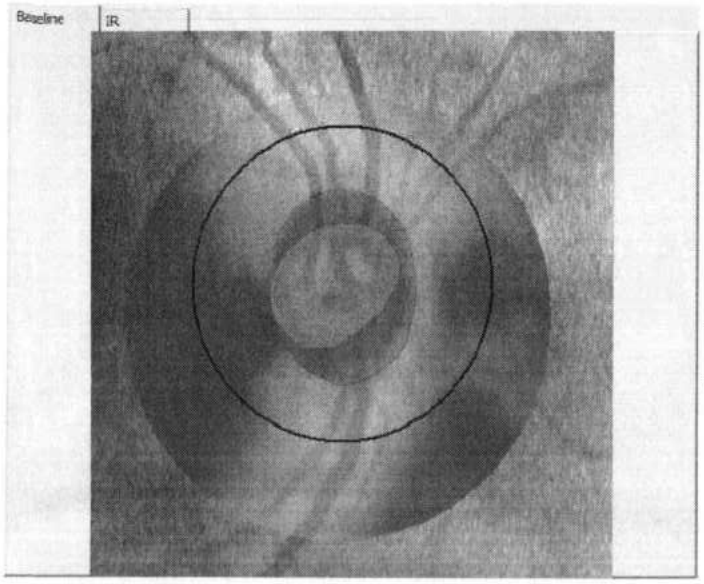
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 11306260

Exam Date: 23/11/2023
DOB(age): 17/11/1959 (64)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ONH

Signal Strength Index 36

Right / OD

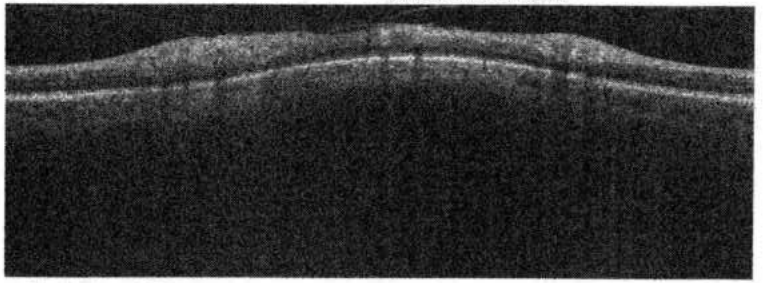


Radial Line Diameter 3.40mm 3D Guided

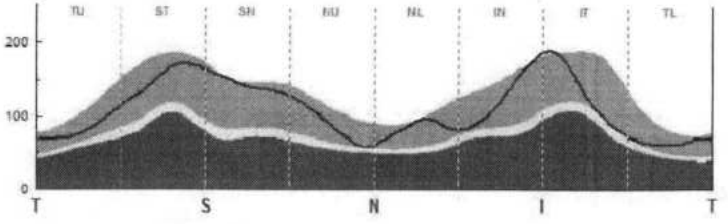
RNFL Analysis	µm
Average RNFL (µm)	107
Superior RNFL (µm)	114
Inferior RNFL (µm)	100
Intra Eye (S-I) (µm)	14

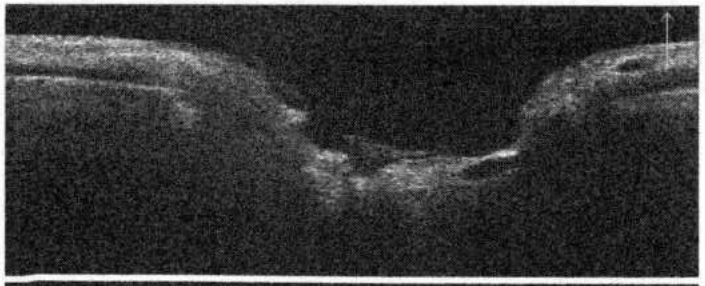
ONH Analysis	
Cup/Disc Area Ratio	0.55
Cup/Disc V. Ratio	0.71
Cup/Disc H. Ratio	0.92
Rim Area (mm²)	1.30
Disc Area (mm²)	2.86
Cup Volume (mm³)	0.515

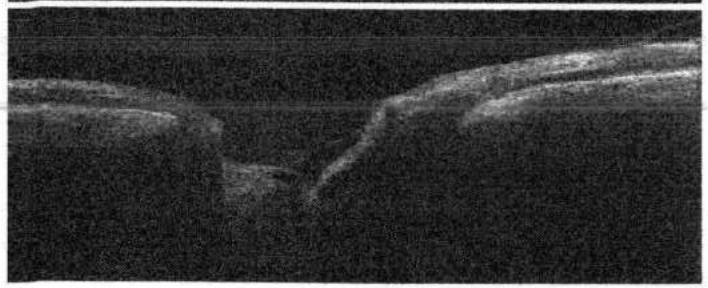
RNFL On Diameter 3.40mm

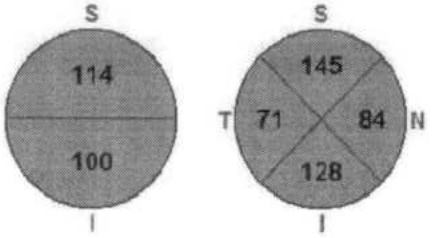


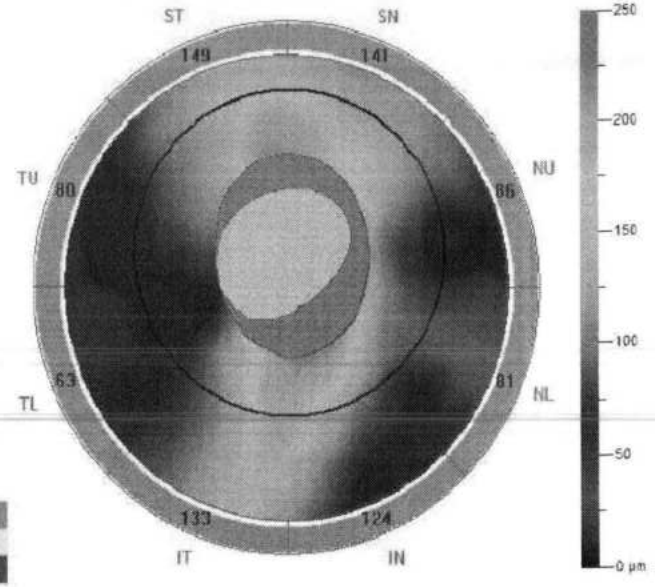
RNFL Thickness at Ø3.45mm











☐ Show Lines
☐ Show Boundary Curves
☐ **Not in Trend Analysis**

p>5% Within Normal
p<5% Borderline

Report Date: jueves 23/11/2023 16:21:25
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: FRANCO , JOSE MANUEL
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: AMAYA, PAULA
Disease:

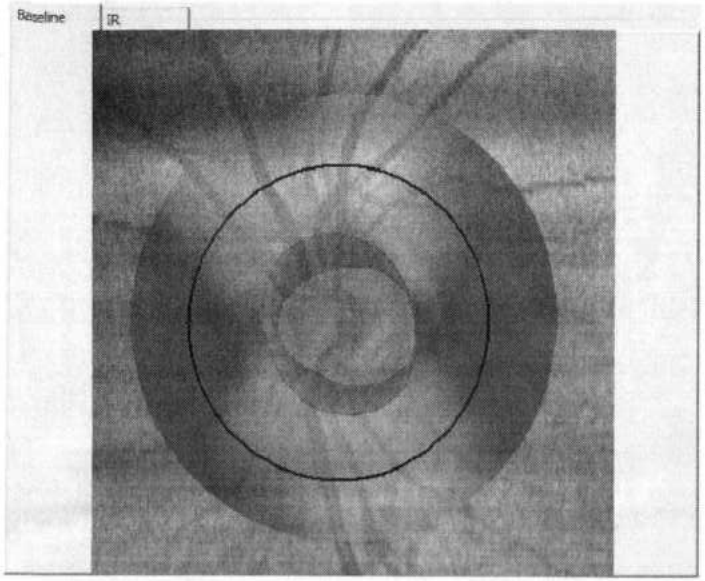
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 11306260

Exam Date: 23/11/2023
DOB(age): 17/11/1959 (64)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ONH

Signal Strength Index 50

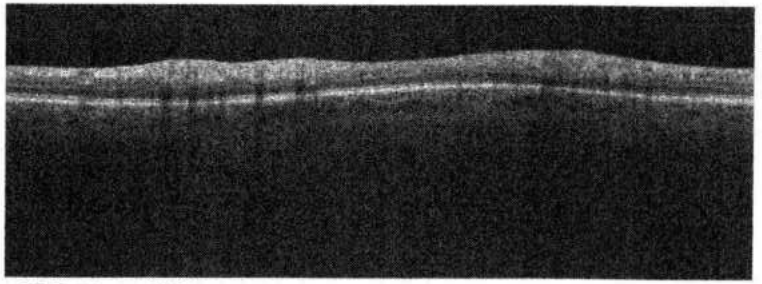
Left / OS



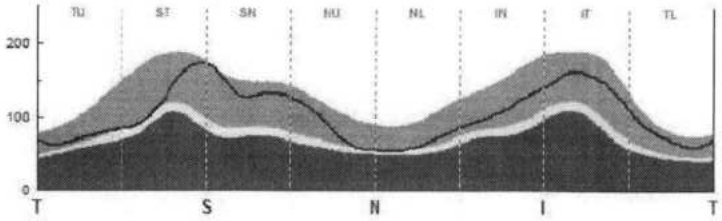
Radial Line Diameter 3.40mm 3D Guided

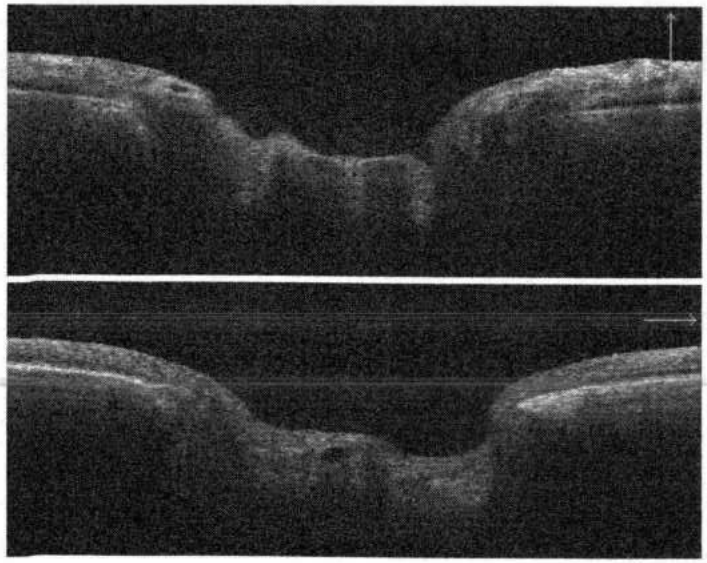
RNFL Analysis	µm
Average RNFL (µm)	101
Superior RNFL (µm)	104
Inferior RNFL (µm)	98
Intra Eye (S-I) (µm)	6

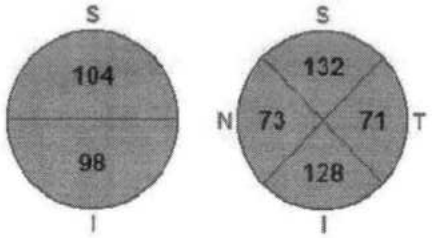
ONH Analysis	
Cup/Disc Area Ratio	0.59
Cup/Disc V. Ratio	0.70
Cup/Disc H. Ratio	0.93
Rim Area (mm^2)	1.14
Disc Area (mm^2)	2.79
Cup Volume (mm^3)	0.766

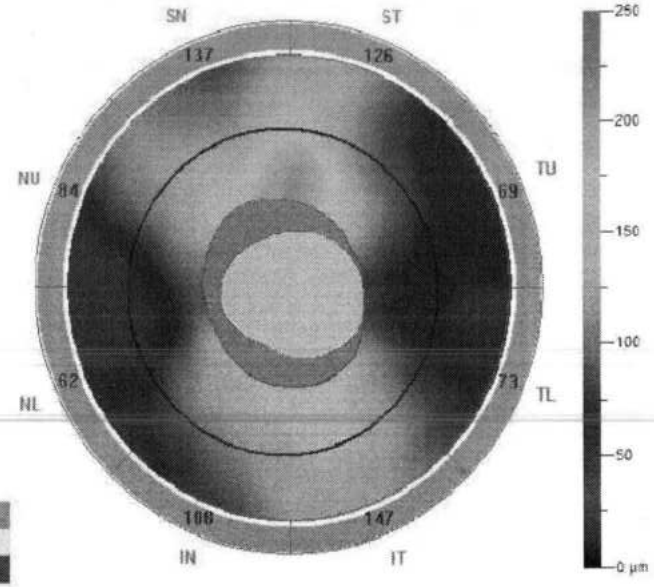


RNFL Thickness at Ø3.45mm









☐ Show Lines
☐ Show Boundary Curves
☐ **Not in Trend Analysis**

p>5% Within Normal
p<5% Borderline

Report Date: jueves 23/11/2023 16:20:51
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: FRANCO , JOSE MANUEL
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: AMAYA, PAULA
Disease:

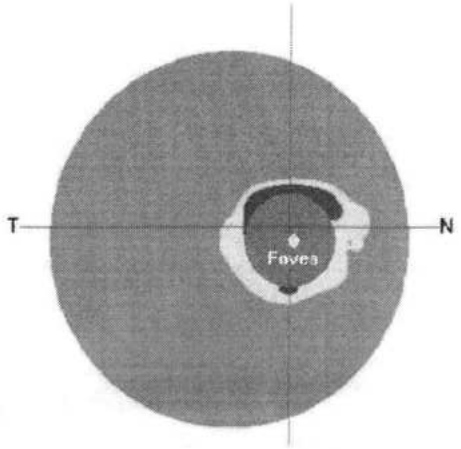
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 11306260

Exam Date: 23/11/2023
DOB(age): 17/11/1959 (64)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ONH/GCC OU Report

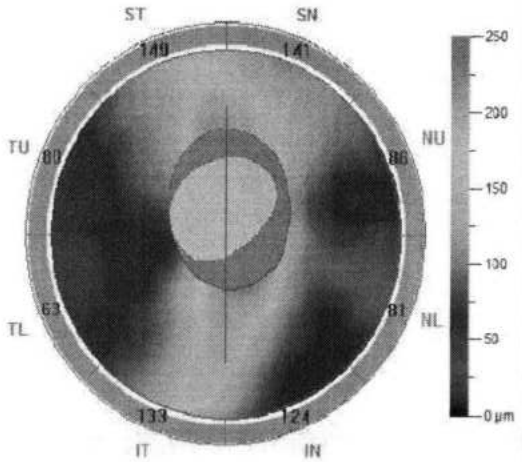
Right / OD

GCC NDB Reference



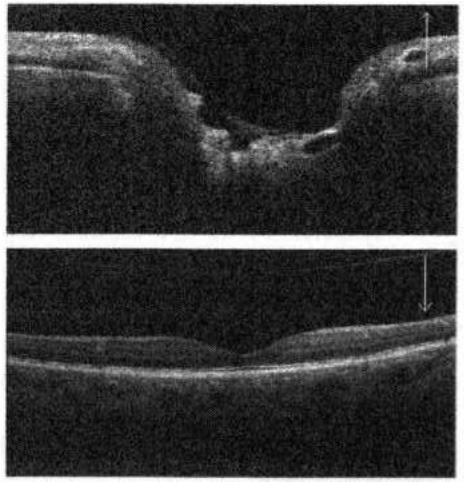
SSI: 39

Optic Nerve Head Map



SSI: 36

Exam Date: 23/11/2023



p>5% Within Normal
p<5% Borderline

Summary Parameters

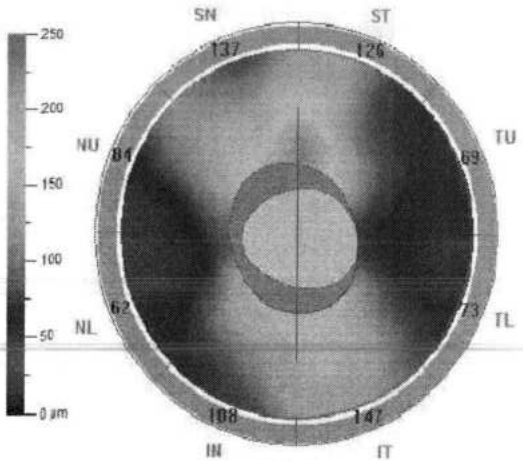
RNFL Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average RNFL (µm)	107	101	6
Superior RNFL (µm)	114	104	10
Inferior RNFL (µm)	100	98	2
Intra Eye (S-I) (µm)	14	6	N/A

ONH Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Cup/Disc Area Ratio	0.55	0.59	-0.04
Cup/Disc V. Ratio	0.71	0.70	0.01
Cup/Disc H. Ratio	0.92	0.93	-0.01
Rim Area (mm^2)	1.30	1.14	0.16
Disc Area (mm^2)	2.86	2.79	0.07
Cup Volume (mm^3)	0.515	0.760	-0.245

GCC Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average GCC (µm)	93	90	3
Superior GCC (µm)	94	90	4
Inferior GCC (µm)	91	91	0
Intra Eye (S-I) (µm)	3	-1	N/A
FLV (%)	1.82	1.23	0.59
GLV (%)	3.76	4.61	-0.85

Left / OS

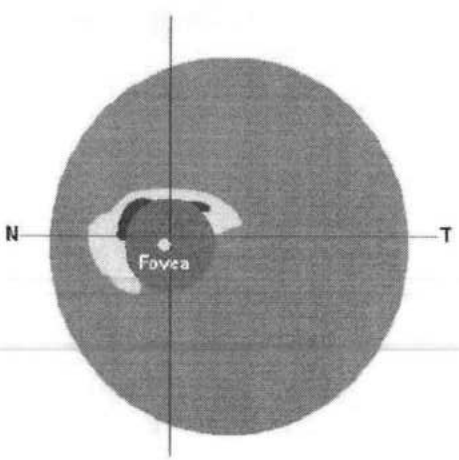
Optic Nerve Head Map



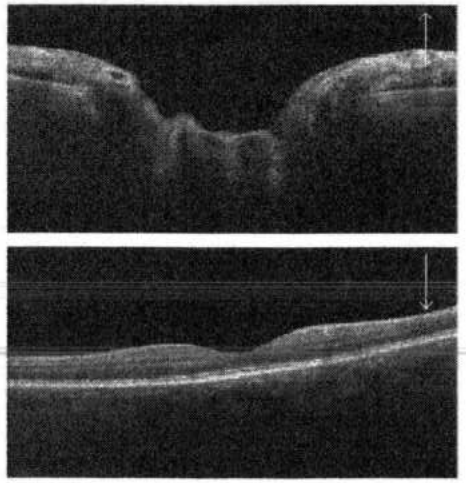
SSI: 50

Exam Date: 23/11/2023

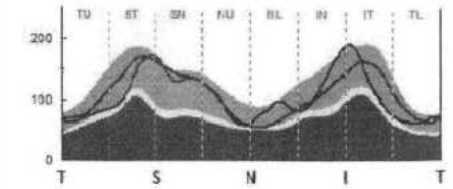
GCC NDB Reference



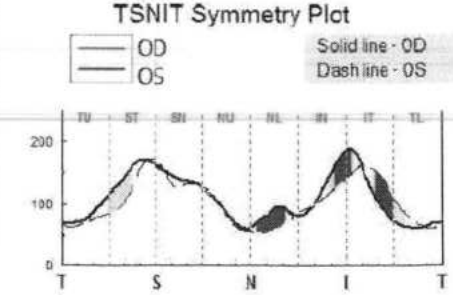
SSI: 60



TSNIT NDB Reference



TSNIT Symmetry Plot



◉ NDB ○ Thickness

Report Date: jueves 23/11/2023 16:21:10
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: FRANCO , JOSE MANUEL
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: AMAYA, PAULA
Disease:

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 11306260

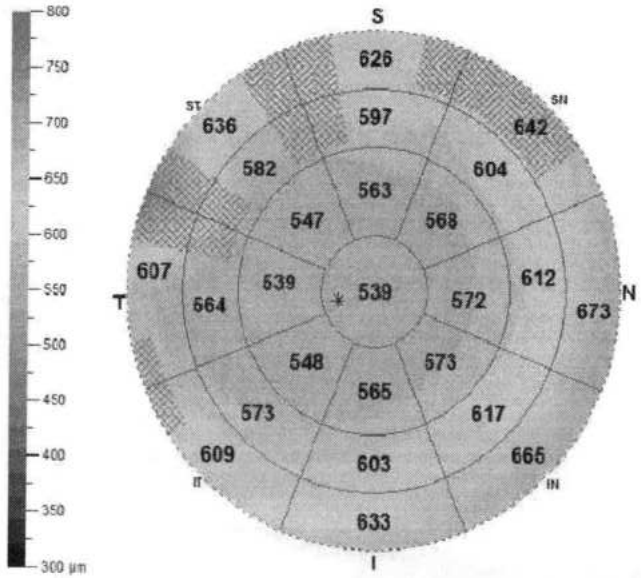
Exam Date: 23/11/2023
DOB(age): 17/11/1959 (64)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

PachymetryWide OU Report

25 Signal Strength Index 26

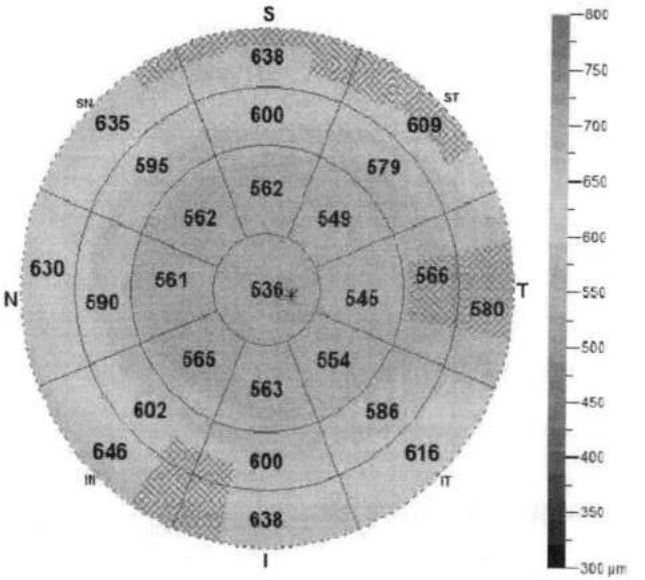
Right / OD

Exam Date: 23/11/2023 16:19:39



Left / OS

Exam Date: 23/11/2023 16:19:10



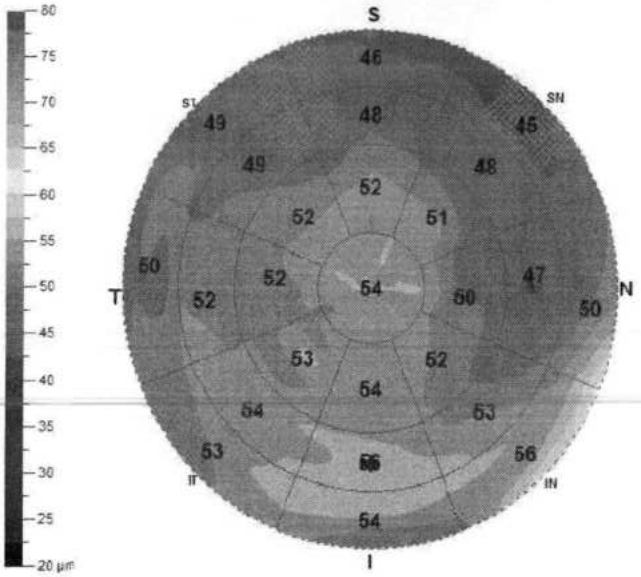
Pachymetry Map

Pachymetry

Pachymetry statistics within central 5mm

	OD	OS		OD	OS
SN-IT(2-5mm):	20	8	S-I(2-5mm):	-2	-1
Min:	533	530	Location Y:	-146	-94
Min-Median:	-23	-22	Min-Max:	-56	-49

Min thickness indicated as *



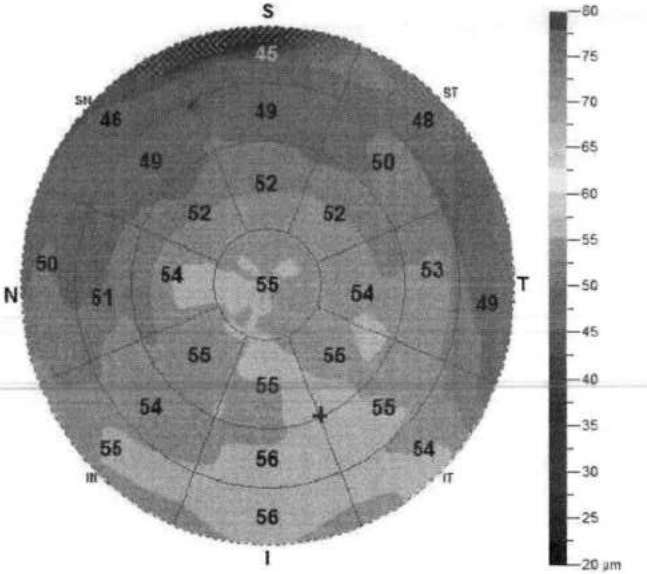
Epithelium Map

Epithelium

Epithelium statistics within central 7 mm

	OD	OS		OD	OS
S (2-7mm):	50	50	I (2-7mm):	55	56
Min:	45	48	Max:	57	57
Std Dev:	2.7	2.4	Min-Max:	-12	-9

Min/Max thickness indicated as */+



Report Date: jueves 23/11/2023 16:21:47
Comment:
Signature:

Software Version: 2018,1,0,33

Defining the OCT Revolution

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

Fundación Ver Sin Fronteras

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. FVSF 21710

CUFE: 46e0bb0bc28a60d67cc01b04bf2dfd56a64d12a8cac47d843eaee1da934e909169c7a348ad5e4c5469b4a268a517c839

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1 Teléfonos: -	Fecha :	29/02/2024 14:59:05
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27	Vencimiento:	30/03/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co	Pais:	Colombia
Detalle :	68068	Ciudad:	BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2978208 CARLOS DAVID GUERRERO VILLAMIZAR CC: 1098814218		UNIDAD	1.00	0	0.00	48,000.00	48,000.00

CONSORCIO AUDITOOL 2024
20 SEP 2024
RADICADO

Son: Cuarenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-02-29 14:59:11

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	48,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	48,000
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	48,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de titulo valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: AxoYh/k4i/N84CkIF/VSy6Km4Y9/SRA1khSdyv1ZI1P4IPzDp53IUFUHJTLcRMY8k1MMvdiGnoNW42nAY6ArcWLGPun6F8ZOs3HQgyTmkOJv8lYCnnAZIJX5pwQAeo6tygNcxPANahF8ih0ICfjyvNcXN3ZvDlgBXZ+FQEyfsvboEvVYgDVHwzKJfsjkuPVebws5Nr5FHoAgBKqIlyw25LyeGUujeEcBKwiShu953o7LmKvVN9UvCwbkn4nrjN8EDGH3zD7BL5uftWwHtc0VC19Nnf//0EhB2NXjdUDFBmXU06KveYNswJwMj37JoiUYWKt+zdyHdoDuS1bcMoVoGQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

Fundación Ver Sin Fronteras

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 46e0bb0bc28a60d67cc01b04bf2dfd56a64d12a8cac47d843eaee1da934e909169c7a348ad5e4c5469b4a268a517c839

No. FVSF 21710

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1 Teléfonos: -	Fecha :	29/02/2024 14:59:05
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27	Vencimiento:	30/03/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co	Pais:	Colombia
Detalle :	68068	Ciudad:	BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2978208 CARLOS DAVID GUERRERO VILLAMIZAR CC: 1098814218		UNIDAD	1.00	0	0.00	48,000.00	48,000.00

Son: Cuarenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-02-29 14:59:11

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	48,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	48,000
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	48,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: AxoYh/k4i/N84CkIF/VSy6Km4Y9/SRA1khSdyv1ZI1P4IPzDp53IUFUHJTLcRMY8k1MMvdiGnoNW42nAY6ArcWLGPun6F8ZOs3HQgyTmkOJv8lYCnnAZIJX5pwQAeo6tygNcxPANahF8ih0ICfjyvNcXN3ZvDlgBXZ+FQEyfsvboEvVYgDVHwzKJfsjkuPVebws5Nr5FHoAgBKqIyw25LyeGUujeEcBKwiShu953o7LmKvVN9UvCwbkn4nrjN8EDGH3zD7BL5uftWwHtc0VC19Nnf//0EhB2NXjdUDFBmXU06KveYNswJwMj37JoiUYWKt+zdyHdoDuS1bcMoVoGQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

Fecha generación: 22/08/2024 12:58:09

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2023-09-2978208 **FECHA SOLICITUD:** 9/11/23 11:19 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: CARLOS DAVID GUERRERO VILLAMIZAR
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 1098814218
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: YULLY MILENA GELVES CONTRERAS
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Optometria (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H530	AMBLIOPIA EX ANOPSIA	Confirmado Nuevo

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-09-2978208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRA ESPECIALISTA EN ORTOPTICA	890207-1	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORIA CONCURRENTE Y DE CUENTAS TRANSCRIPCIÓN DE ANEXO RELACIONADO POR LA IPS* AUTORIZACIÓN ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACIÓN DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE DE LA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACIÓN N°1407

OBSERVACIÓN SOLICITUD: VALORACION POR ORTOPTICA

FECHA DE VENCIMIENTO: 09/03/2024

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 09/03/2024

Fundación Ver Sin Fronteras

Profesional: FVSF2YU

Fecha: Diciembre 12, 2023

Documento 1098814218

Nombre: CARLOS DAVID GUERRERO VILLAMIR

Fecha de Nac: Diciembre 06, 2016 Sexo: M Edad: 7.0

Entidad: Teléfono: 3104624161

Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

VALORACION OPTOMETRIA

Motivo: "TIENE UN OJO DESVIADO"

Antecedentes: MEDICAMENTOS: NIEGA

ALERGIAS: NIEGA

ANTECEDENTES: ABUELO MATERNO MIOPE

OCUPACION: PRIMERO ESCOLAR

Examen Motor:

Rx Actual Lensometría

	Esf	Cil	Eje	ADD	V L	V P
OD						
OI						

AV SC

	V L	P H	V P
OD	20/80		0.5 M
OI	20/40		0.5 M

Queratometría

OD	
OI	

Refracción

	Esf	Cil	Eje	ADD	V L	V P
OD	-2.75				20/40	
OI	-2.50				20/20	

Ciclopegía

	Esf	Cil	Eje	A V
OD				
OI				

Rx Final

	Esf	Cil	Eje	ADD
OD	-2.75			
OI	-2.50			

AV CC

	V L	V P
OD	20/40	0.5 M
OI	20/20	0.5 M

Diag Ppal **H501** ESTRABISMO CONCOMITANTE DIVERGENTE Diag 2

Diag 1 **H521** MIOPIA Diag 3

Plan: PENIDENTE CORRECCION OPTICA

SS// VALORACION BAJO CCLOPLEJIA

Observación: EXOTROPIA INTERMITENTE OI, NO MEJORA AV OD

FVSF2YUR.M. 900707850
ESP. EN OPTOMETRIA

Documento 1098814218 Fecha: NOVIEMBRE 9 2023

Nombre: CARLOS DAVID GUERRERO VILLAMIR

Entidad: FFMM

Nit: Fundación Ver Sin Fronteras LLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001

SOLICITUD DE EXAMENES

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA ESPECIALISTA EN ORTOPTICA

FVSF2YU R.M. 900707850

Firmado Electrónicamente

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 5e660e47a70bb4e1ee53f8cbda97df31d5066637ed4d93149218670ae94aac73e5d57355b47e3000cb1f689f09bf68e5

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 21725**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 29/02/2024 16:05:32
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 30/03/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	70150		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS- OFTALMOLOGIA PEDIATRICA NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 3947689 DYLAN JOEL MARTINEZ MATEUS RC:1239093359		UNIDAD	1.00	0	0.00	92,000.00	92,000.00

Son: Noventa y Dos Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-02-29 16:05:39

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	92,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	92,000
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	92,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
mpfTkBEg+iHfAjm4dKL9Q9md4ya3bV8TTKzsvzS7XLANGYFlNDfRwCg13JGNWviRGKNYvtRyaZMt4d8aLCGXHykN1HpfO4IHqijyQqlRocY1h9AMgN0xGQshytb3Yf3
DPcsr7SJ3BKwlhFoDkTGaae7fl07LcidNJ/sMj0BM1ta1OntmjFUnO71zoEMItmjkUJUNmwLOr1NNebuimZmj8hs+wocEHl61tI7t3lHlDmP87WJ4vRcK0A+QJaSgoM9Ugv
e7m1x73wxeBubDOlvojd/9LXcN6qhxffZifybojzSNjDmzX6f0JvQOYbk5AYZ8LPV8D/fWX4EtPLYV2sB/HA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

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: 27/11/2023 14:54:52

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:REF-2023-11-576582 **FECHA SOLICITUD:** 11/27/23 2:54 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: DYLAN JOEL MARTINEZ MATEUS
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 1239093359
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H060	TRASTORNOS DEL APARATO LAGRIMAL EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-11-3947689	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA	890376-8	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: VALORACION Y MANEJO

OBSERVACIÓN SOLICITUD: OBSTRUCCION PARCIAL DE SACO LAGRIMAL OJO DERECHO , SE INDICO TOBRAMICINA + DEXAMETASONA Y MSAJES , ACUDE HOY SIN MEJORIA , POR LA TANTO SE SOCITA VALORACION POR OFTALMOPEDIATRIA . RED EXTERNA
CONTROLPOR DISPENSARIO 4 MESES
FECHA DE VENCIMIENTO: 25/05/2024

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

Fecha y hora de generación: 20/11/2023 15:06:01

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2023-11-576582 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 11/20/23 3:05 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: DYLAN JOEL MARTINEZ MATEUS
TIPO DE DOCUMENTO: RC
DIRECCIÓN: KR 1D 21 24
CORREO ELECTRÓNICO: luismartinez2983@GMAIL.COM
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: SLP
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 31/05/2023
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1239093359
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Jaramillo Morales
Médico Oftalmólogo
Cornea - Segmento Anterior
C.C. 1.077.345741

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890376-8	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA	Oftalmología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

OBSTRUCCION PARCIAL DE SACO LAGRIMAL OJO DERECHO , SE INDICO TOBRAMICINA + DEXAMETASONA Y MSAJES , ACUDE HOY SIN MEJORIA , POR LA TANTO SE SOCITA VALORACION POR OFTALMOPEDIATRIA , RED EXTERNA
CONTROLPOR DISPENSARIO 4 MESES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H060	TRASTORNOS DEL APARATO LAGRIMAL EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

PRODUCTO DE CESAREA SEGENTARIA A LAS 39 SMENAS POR MACROSOMIA , ACUDE POR OJO DERECHO LAGRIMEO HACE 3 MESES SE DIAGNOSTICO OBSTRUCCION PARCIAL DE SACO LAGRIMAL OJO DERECHO , SE INDICA TOBRAMICINA + DEXAMETASONA Y CONTROL

HALLAZGO

PRODUCTO DE CESAREA SEGENTARIA A LAS 39 SMENAS POR MACROSOMIA , ACUDE POR OJO DERECHO LAGRIMEO HACE 3 MESES SE DIAGNOSTICO OBSTRUCCION PARCIAL DE SACO LAGRIMAL OJO DERECHO , SE INDICA TOBRAMICINA + DEXAMETASONA Y CONTROL

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICORSCOPIA AO PARPADO SANO CONJUNTIVA CLARA CORNEA CLARA CAMARA ANTERIOR FORMADA IRIS SIN LESIONES PUPILA REACTIVA CENTRAL CRISTALINO CLARO CON OBSTRUCCION PARCIAL DE SACO LAGRIMAL OJO DERECHO FONDO DE OJO AO REFLEJO ROJO ADECUADO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

OBSTRUCCION PARCIAL DE SACO LAGRIMAL OJO DERECHO , SE INDICO TOBRAMICINA + DEXAMETASONA Y MSAJES , ACUDE HOY SIN MEJORIA , POR LA TANTO SE SOCITA VALORACION POR OFTALMOPEDIATRIA , RED EXTERNA
CONTROLPOR DISPENSARIO 4 MESES

DIAGNÓSTICOS

DIGSA

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SOLDADO RETIRADO EJC

BENEFICIARIO
MARTINEZ MATEUS DYLAN JOEL
RC 1238093353
Hijo(a)

AFILIADO
MARTINEZ SIERRA LUIS ALBERTO
CC 91469734

DISCAPACIDAD SIN DISCAPACIDAD
G.S RH A+ VENCE 31/05/2041

Para consultar su estado de afiliación y realizar trámites de afiliación, ingrese a https://portal.saludsis.mil.co/

- Este carné es personal e intransferible.
- Para acceder a la prestación de los servicios médicos que brinda el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, identifíquese con su documento de identidad.
- Reporte a la Dirección General de Sanidad Militar todos lo cambios en sus datos personales, como: dirección de residencia, teléfono, cambios de documento de identidad.
- Conozca sus deberes y derechos como afiliado en www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co
- La información de datos personales contenida en este documento se encuentra protegida a la luz de la Ley 1581 de 2012.
- Consulte las Políticas de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales en www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/entidad/politica-privacidad-condiciones-uso

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 33226829-5

63850869

NUIP 1239093359

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63850869

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código
X						B 7 U

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA B/MANGA CL MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. *******

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ **********	MATEUS **********

Nombre(s)

DYLAN JOEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 31	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	23056010491460 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MATEUS ARIAS SENEY **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1122117403 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ SIERRA LUIS ALBERTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 91160734 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ SIERRA LUIS ALBERTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 91160734 **********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes JUN Día 05	EDNA ELIANA SUAREZ GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NÚMERO DE PREPARACIÓN 113220112



Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
901541137-1

Factura de Venta Nro. FV 70150

RES DIAN NRO 18762006347610 DEL 20180104 DEL FV10001 AL FV100000

Fecha Servicio: Diciembre 27, 2023
Fecha Facturación: Diciembre 27, 2023
Fecha Vencimiento: Diciembre 27, 2023
RESP: K8

Cliente: DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO DISPENSARIO MEDICO B

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 1239093359 MARTINEZ MATEUS DILAN JOEL **Aut:3947689**

Edad: 7.0 Meses Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	50,000.00	50,000.00

Son: CINCUENTA MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	50,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	50,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: DILAN JOEL MARTINEZ MATEUS
Documento: CC 1239093359 Fecha de Nac: Mayo 31, 2023
Entidad: Edad: 7.0 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono:
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Diciembre 27, 2023

MOTIVO: PACIENTE DE 7 MESES DE EDAD ACOMPAÑADO POR LA MADRE, SENEY MATEUS , PADRE , LUIS A MARTINEZ QUIEN REFIERE , SECRECION CONJUTIVAL DESDE NACIMIENTO EN TTO CON TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA , MAS MASAJES . SIN MEJORIA

ANTECEDENTES:

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

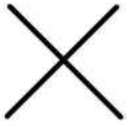
PIO: OD: **OI:**

HORA: 09:31

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo: Spaeth





BIOMICROSCOPIA: O.D.:
AV SC: FSM
AV CC:
MOE : SIN RESTRICCION
CT SC :
CT CC :
HIRSCHBERG :CENTRADO
KRIMSKY: NO APLICA
BIELSHOWSKY NEGATIVO

SEGMENTO ANTERIOR TRANQUILO NORMOCONFIGURADO

CORNEA TRANSPARENTE CRISTALINO SIN OPACIDADES REFLEJO ROJO PRESENTE DE ADECUADA INTENSIDAD AO

BIOMICROSCOPIA: O.I.:
AV SC: FSM
AV CC:
MOE : SIN RESTRICCION
CT SC :
CT CC :
HIRSCHBERG :CENTRADO
KRIMSKY: NO APLICA
BIELSHOWSKY NEGATIVO

SEGMENTO ANTERIOR TRANQUILO NORMOCONFIGURADO

CORNEA TRANSPARENTE CRISTALINO SIN OPACIDADES REFLEJO ROJO PRESENTE DE ADECUADA INTENSIDAD AO

FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA MACULA Y DISCO OPTICO DE ASPECTO NORMAL
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA MACULA Y DISCO OPTICO DE ASPECTO NORMAL

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) H045 ESTENOSIS E INSUFICIENCIA DE LAS VIAS LAGRIMALES
PLAN:
SS / SE EXPLICA COMO REALIZAR MASAJES EN EL SACO LAGRIMAL
-- CONTROL POR OFTALMOPEDIATRIA SIN DILATAR 3 MESES
- OLOPATADINA 2% FRASCO 5ML GOTAS APLICAR UNA GOTA AO SOLO EN LAS MAÑANAS X 3 MESES 1 FRASCO X MES TOTAL 3 FRASCO X 5ML
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

LUZ ANDREA GARCIA LANCHEROS
R.M. 81552
ESPECIALISTA EN OFTAL.PEDIATRIA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

Fundación Ver Sin Fronteras

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. FVSF 22509

CUFE: 751f05ab065f7ff78df647effa79ec5abb900a2e4f2c89b7cb2bb41390d477ced8a02cbf0c22f57f6bf001def0aaab63

Cliente : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA

C.C. ó Nit: 901541137-1 Teléfonos: -

Fecha : 12/03/2024 09:38:29

Dirección: AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27

Vencimiento: 11/04/2024

E-Mail: radicacion.cuentas@correo.tool.com.co

Pais: Colombia

Detalle : 866885

Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	952501	PAQUIMETRIA		UNIDAD	2.00	0	0.00	41,800.00	83,600.00
2	951902	NUMERO AUTORIZACION: 3011236 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 3011235 HERNAN MONTAGUTH VALBUENA CC: 5684768		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00

CONSORCIO AUDITOOL 2024
20 SEP 2024
RADICADO

Son: Trescientos Cuarenta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-03-12 09:38:34

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	341,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	341,400
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	341,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
nK7Zgzkvcyk6xOz6Etq+gFS+xK5WiAlkfwlVo/rFR+m1RXzlYhtazbgUI5PRJl9B9Wo2UaO8jscAKkx2jLp91mw3aK4hPxdD7UzHgQChTJ86yT8MxTF57Av1HYWoxHM1X5LKDOTHlFBXTQ4IvRshZVnO/mdkXdDW2FGEHKCB+VsiCiplmzHw1kcqb4DD7gyuMbQfQbYYczLgocdAZDfc9ucbXVE/+mKWWtdeXcG2CzRwUQDro+KCDKqWMUQoODJuOTSKRRFaxSBe96zF+tCzq4m5k9GQSkhcGnvsLsZhsqO/vPRdNA+Jat8B86/vlKvhKFcquEo8tn2PGv39t1LQEg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

Fundación Ver Sin Fronteras

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 751f05ab065f7ff78df647effa79ec5abb900a2e4f2c89b7cb2bb41390d477ced8a02cbf0c22f57f6bf001def0aaab63

No. FVSF 22509

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1 Teléfonos: -	Fecha :	12/03/2024 09:38:29
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27	Vencimiento:	11/04/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co	Pais:	Colombia
Detalle :	866885	Ciudad:	BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	952501	PAQUIMETRIA		UNIDAD	2.00	0	0.00	41,800.00	83,600.00
2	951902	NUMERO AUTORIZACION: 3011236 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 3011235 HERNAN MONTAGUTH VALBUENA CC: 5684768		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00

Son: Trescientos Cuarenta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-03-12 09:38:34

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	341,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	341,400
COPAGO:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	341,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: nK7Zgzkvcyk6xOz6Etq+gFS+xK5WiAlkfwlVo/rFR+m1RXzlYhtazbgUI5PRJl9B9Wo2UaO8jscAKkx2jLp91mw3aK4hPxdD7UzHgQChTJ86yT8MxTF57Av1HYWoxHM1X5LKDOTHIFBXTQ4IvRshZVnO/mdkXdDW2FGEHKCB+VsiCiplmzHw1kcqb4DD7qyuMbQfQbYYczLgocdAZDfc9ucbXVE/+mKWWtdeXcG2CzRwUQDro+KCDKqWMUQoODJuOTSKRRFaxSBe96zF+tCzq4m5k9GQSkhcGnvsLsZhsqO/vPRdNA+Jat8B86/vlKvhKFcquEo8tn2PGv39t1LQEg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnológias s.a.s

Fecha generación: 17/09/2024 12:13:27

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2023-09-3011236 **FECHA SOLICITUD:** 9/13/23 9:17 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: HERNAN MONTAGUTH VALBUENA
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: FS20
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5684768
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-09-3011236	PAQUIMETRÍA	952501	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: GLAUCOMA CON ALETARACIONDE OCT DE 2022 CON RNFL OD 67 Y OI 89, AL DIA DE HOY PIO 21 MMHG . SE AJSUTA TTO Y SE SOLCITA PAQUIMETRIA NUEVAMENTE ADEMA DE PARACLINICA DE GLAUCOMA .
FECHA DE VENCIMIENTO: 11/03/2024

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 11/03/2024

Fecha generación: 22/08/2024 12:58:39

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2023-09-3011235 **FECHA SOLICITUD:** 9/13/23 9:17 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: HERNAN MONTAGUTH VALBUENA
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: FS20
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5684768
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-09-3011235	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: GLAUCOMA CON ALETARACIONDE OCT DE 2022 CON RNFL OD 67 Y OI 89, AL DIA DE HOY PIO 21 MMHG . SE AJSUTA TTO Y SE SOLCITA PAQUIMETRIA NUEVAMENTE ADEMA DE PARACLINICA DE GLAUCOMA .
FECHA DE VENCIMIENTO: 11/03/2024

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 11/03/2024

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
HERNAN MONTAGUTH

Documento 5684768 **Fecha** Noviembre 1, 2023

S.S. / PAQUIMETRIA
- (952501)

Ambos Ojos Cantidad: 2

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Dx: H262 CATARATA COMPLICADA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
HERNAN MONTAGUTH

Documento 5684768 **Fecha** Noviembre 1, 2023

S.S. / TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR - (951902) Ambos Ojos Cantidad: 2



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Dx: H262 CATARATA COMPLICADA

Patient: HERNAN , MONTAGUTH
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: PICO AYALA, JULIO CESAR
Disease: GLAUCOMA DE ANGULO ABI

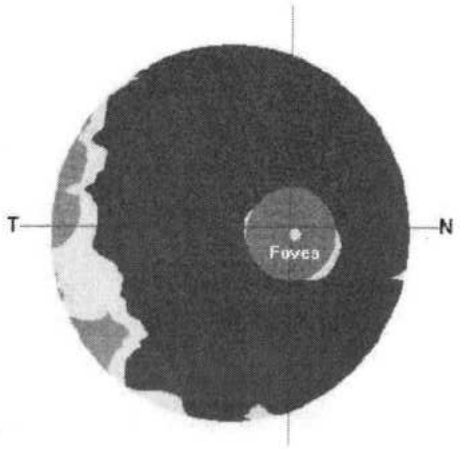
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 5684768

Exam Date: 09/11/2023
DOB(age): 06/01/1962 (61)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ONH/GCC OU Report

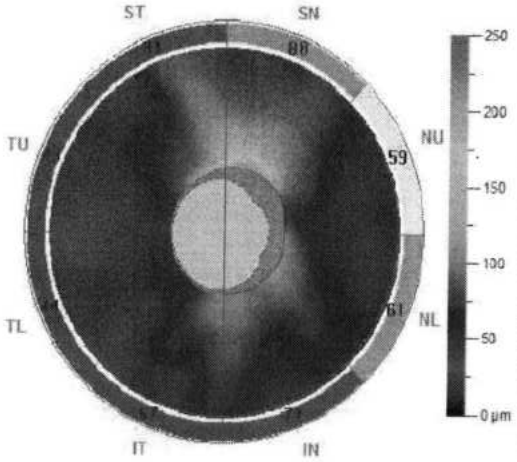
Right / OD

GCC NDB Reference

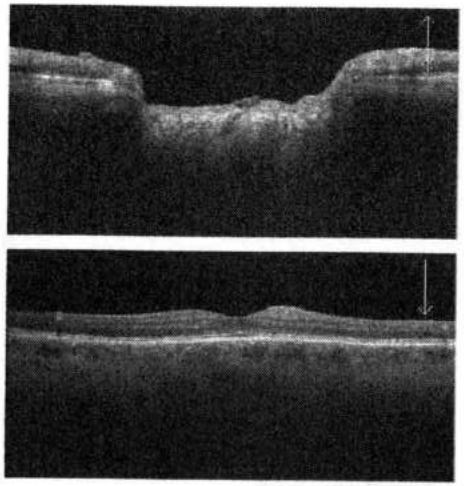


SSI: 57 Exam Date: 09/11/2023

Optic Nerve Head Map



SSI: 62



p>5% Within Normal
p<5% Borderline

Summary Parameters

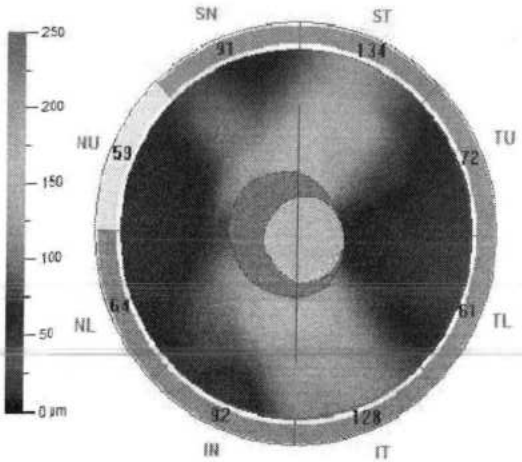
RNFL Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average RNFL (µm)		88	-23
Superior RNFL (µm)		89	-20
Inferior RNFL (µm)		88	-25
Intra Eye (S-I) (µm)	8	3	N/A

ONH Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Cup/Disc Area Ratio		0.47	0.24
Cup/Disc V. Ratio		0.71	0.20
Cup/Disc H. Ratio	0.91	0.76	0.15
Rim Area (mm²)	0.62	1.09	-0.47
Disc Area (mm²)	2.14	2.06	0.08
Cup Volume (mm³)	0.355	0.190	0.165

GCC Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average GCC (µm)		82	-18
Superior GCC (µm)			-14
Inferior GCC (µm)		85	-24
Intra Eye (S-I) (µm)	5	-5	N/A
FLV (%)		3.71	5.27
GLV (%)		11.76	20.31

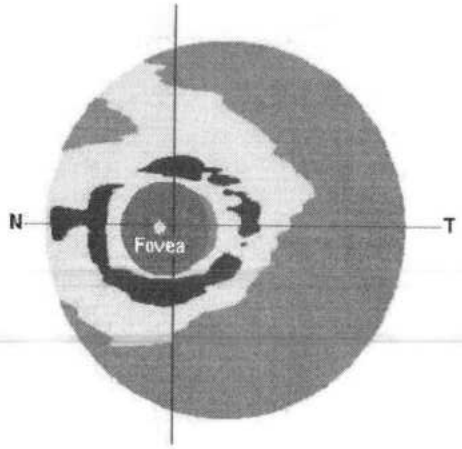
Left / OS

Optic Nerve Head Map

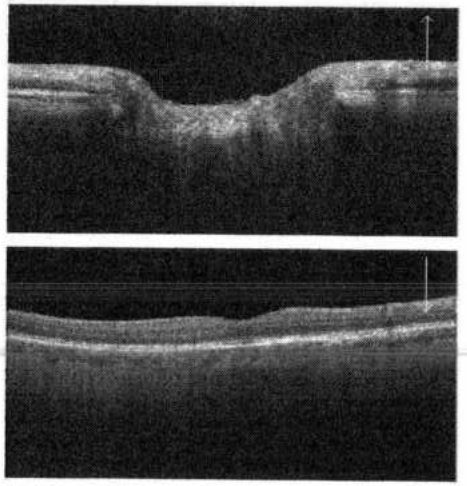


SSI: 66 Exam Date: 09/11/2023

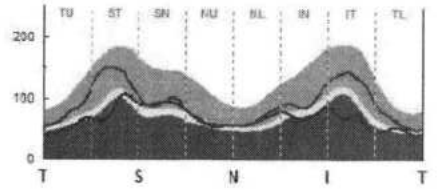
GCC NDB Reference



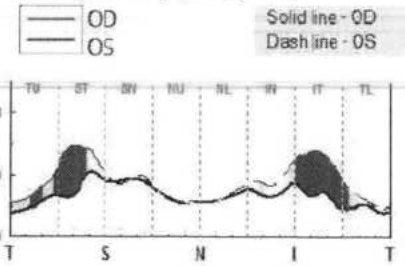
SSI: 68



TSNIT NDB Reference



TSNIT Symmetry Plot



◉ NDB ○ Thickness

Report Date: jueves 09/11/2023 15:15:47 Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: HERNAN , MONTAGUTH
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: PICO AYALA, JULIO CESAR
Disease: GLAUCOMA DE ANGULO ABI

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 5684768

Exam Date: 09/11/2023
DOB(age): 06/01/1962 (61)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

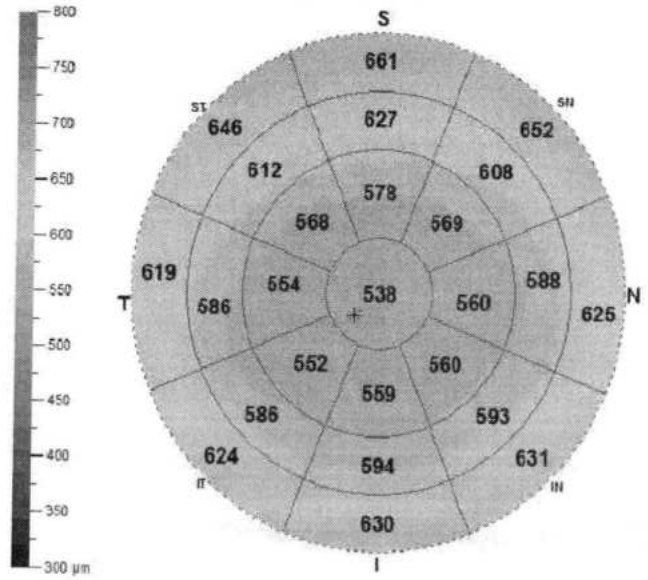
PachymetryWide OU Report

Right / OD

Exam Date: 09/11/2023 15:13:33

34 Signal Strength Index 31

Pachymetry Map



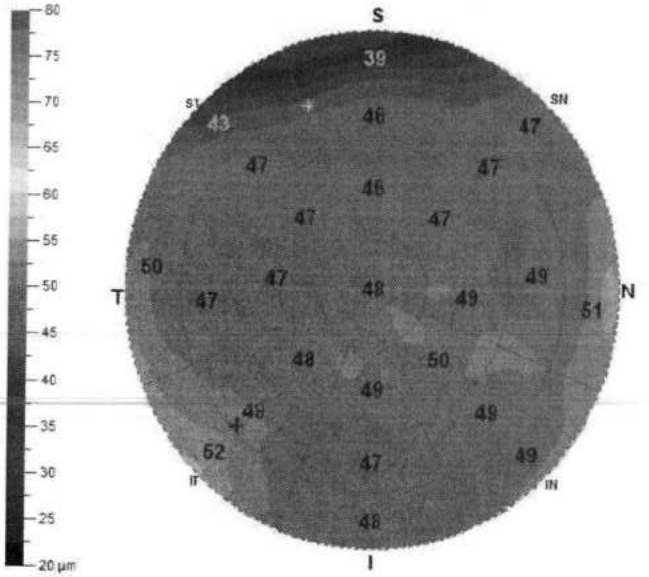
Pachymetry

Pachymetry statistics within central 5mm

	OD	OS		OD	OS
SN-IT(2-5mm):	17	36	S-I(2-5mm):	19	23
Min:	534	551	Location Y:	-375	-41
Min-Median:	-22	-26	Min-Max:	-63	-72

Min thickness indicated as *

Epithelium Map



Epithelium

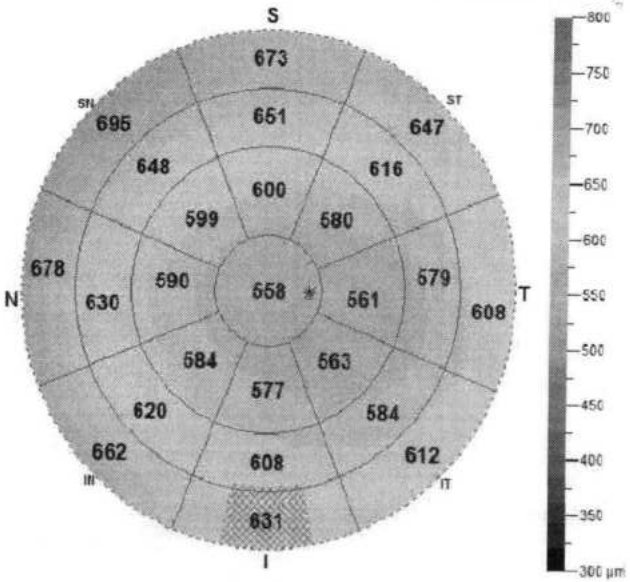
Epithelium statistics within central 7 mm

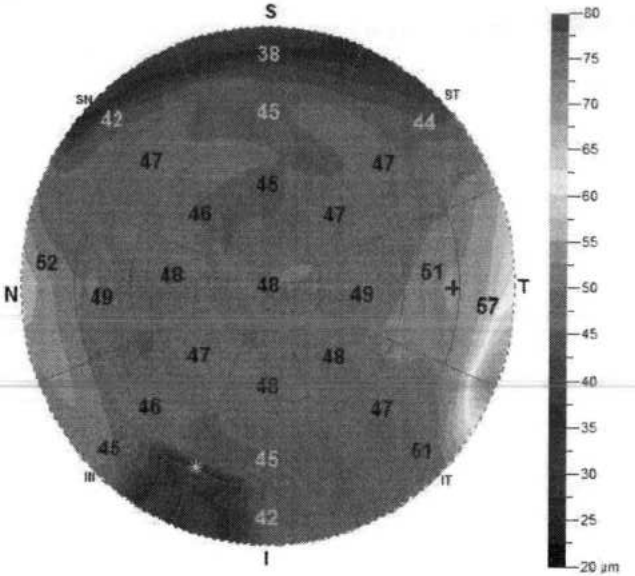
	OD	OS		OD	OS
S (2-7mm):	46	45	I (2-7mm):	48	46
Min:	44	38	Max:	52	53
Std Dev:	1.5	2.1	Min-Max:	-8	-15

Min/Max thickness indicated as */+

Left / OS

Exam Date: 09/11/2023 15:12:32





Report Date: jueves 09/11/2023 15:14:35
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 8e307d34d04c94eec0534a4a5d7d898fcc7d8c435445240446bb19acf1919dabe6798fa26f8e323ef58dfc12ae636804

No. FVSF 34459

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 10:02:57
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882990		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	147101	VITRECTOMÍA ANTERIOR		UNIDAD	2.00	0	0.00	3,720,000.00	7,440,000.00
2	130003	NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1087545 EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1087546		UNIDAD	2.00	0	0.00	1,875,000.00	3,750,000.00
3	137003	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1087547 GONZALEZ ELKIN FOCAZZIO CC:17019868		UNIDAD	2.00	0	0.00	1,290,800.00	2,581,600.00

Son: Trece Millones Setecientos Setenta y Un Mil Seiscientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 10:03:11

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	13,771,600	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	13,771,600
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	13,771,600

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital Yj4gUeOviJr7F+iUie7Yt/jm4UMvPGDHSpmNjDKaku0cS/hZom0lf4kUHsIcuUH1PUUlV8uEuS75d5CGb5EBtv4KnfM6gXnUCTJg95UWVjNBO3iAnLzRXEkmljtxT+f9Ahc
Y3o7kbxiCBhvYDfE5NB43tHA7Pwa3SrLk4/3dbPYHhF1TCfsRge5ZQDw3tWOH6ElYshD06QmCvazIrOLzR4at4t1A4eAFe+sbgIC2EadOBYWhzB5gDyDANkTL9NMKV
4CfamG+S7l7DISmEjJgyWUNpjo6RhO8dPseiruACndNN6EHJOt0UuE7/Dp4AJzKoHOIYl6WZJuVXPOhFAWaNA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Fecha generación: 07/04/2024 11:36:4(

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2024-04-587349 **FECHA SOLICITUD:** 4/7/24 11:35 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ELKIN FOCAZZIO GONZALEZ
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: CR
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 17019868
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1087545	VITRECTOMIA ANTERIOR	147101	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE TRANSCRIBE Y AUTORIZA ORDEN MEDICA DEL DR JORGE LUIS PONGO VALDERAS OFTALMOLOGO VER SIN FRONTERAS

AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR ********AMBOS OJOS**********

FECHA DE VENCIMIENTO: 07/04/2025

AUT-2024-04-1087546	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	130003	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE TRANSCRIBE Y AUTORIZA ORDEN MEDICA DEL DR JORGE LUIS PONGO VALDERAS OFTALMOLOGO VER SIN FRONTERAS

AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR ********AMBOS OJOS**********

FECHA DE VENCIMIENTO: 07/04/2025

AUT-2024-04-1087547	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	137003	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE TRANSCRIBE Y AUTORIZA ORDEN MEDICA DEL DR JORGE LUIS PONGO VALDERAS OFTALMOLOGO VER SIN FRONTERAS

AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR ********AMBOS OJOS**********

FECHA DE VENCIMIENTO: 07/04/2025



Mejoramos la forma de Ver tu Mundo

www.versinfronteras.com @fundacionversinfronteras @fundacion.versinfronteras

FÓRMULA MÉDICA DE PROCEDIMIENTOS

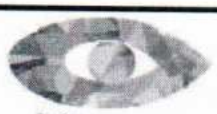
EPS	FUERZAS MILITARES			**FECHA**	29/05/2024
PACIENTE	ELKIN FOCACIO GONZALEZ				
TIPO DOCUMENTO	CC	**No. DOCUMENTO**	17019868		

SERVICIO SOLICITADO

CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	OJO	CANTIDAD
147101	VITRECTOMIA ANTERIOR	OI	1

DX PRINCIPAL - CIE10	H251	**DESCRIPCIÓN - CIE10**	CATARATA SENIL NUCLEAR
OBSERVACIONES			
MÉDICO	DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS OFTALMÓLOGO - ESP. RETINA Y VÍTREO RM. 9036/11	FIRMA Y SELLO **ELABORÓ**	SV

ESPECIALISTAS EN **RETINA Y VÍTREO** / SEGMENTO **ANTERIOR** / OPTOMETRÍA, ÓPTICA Y FARMACIA
CITAS PBX +57 (7) **7000090 - 7000091** SIAU: (318) **712 5519**
Sede Principal: Calle 44 No. 37 - 37 Cabecera del Llano, Bucaramanga



Mejoramos la forma de Ver tu Mundo

www.versinfronteras.com @fundacionversinfronteras @fundacion.versinfronteras

FÓRMULA MÉDICA DE PROCEDIMIENTOS

EPS	FFMM			**FECHA**	29/05/2024
PACIENTE	ELKIN FOCACIO GONZALEZ				
TIPO DOCUMENTO	CC	**No. DOCUMENTO**	17019868		

SERVICIO SOLICITADO

CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	OJO	CANTIDAD
130003	EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	OI	1
137003	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	OI	1

DX PRINCIPAL - CIE10	H251	**DESCRIPCIÓN - CIE10**	CATARATA SENIL NUCLEAR
OBSERVACIONES			
MÉDICO	DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS OFTALMÓLOGO - ESP. RETINA Y VÍTREO RM. 9036/11	FIRMA Y SELLO **ELABORÓ**	SV

ESPECIALISTAS EN **RETINA Y VÍTREO** / SEGMENTO **ANTERIOR** / OPTOMETRÍA, ÓPTICA Y FARMACIA
CITAS PBX +57 (7) **7000090 - 7000091**

PACIENTE

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre: ELKIN FOCACIO GONZALES
Documento: 17019868
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Julio 05, 1940
Edad: 84 Sexo: M
Teléfono: 6076178176
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Mayo 29, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: CONTROL POP 1 SEMANA EXTRACCION DE CATARATA (POR FACOEMULSIFICACION)OJO DERECHO
ANTECEDENTES:

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo:

HORA: 08:52

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA TRANSPARENTE
CONJUNTIVA CLARA
LIO OK
BIOMICROSCOPIA: O.I.:

FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
FONDO DE OJO: O.I.:

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.D.) Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
PLAN:
CONTINUAR CON TRATAMIENTO DE GOTAS INDICADO

CITA DE CONTROL POR OFTALMOLOGIA EN 1 MES CONSULTORIO 3 VIP.
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.
12/06/2024 11:32:03

FACO MAS LIO EN OJO IZQUIERDO

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

HISTORIA No: 17019868

NOMBRE: ELKIN FOCAZZIO GONZALEZ

EDAD: 84.1 Años **SEXO:** M

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 22, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** JORGE PONGO

ANESTESIOLOGO: LEONARDO CACERES **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

VITRECTOMIA ANTERIOR + FACO + LIO EN OJO IZQUIERDO

TIPO DE ANESTESIA BLOQUEO + SEDACION

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO BLOQUEO EN REGION PERIOCULAR, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, COLOCACION DE BLEFAROSTATO, SE REALIZA PERITOMIA SUPERIOR, IRRIGACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVAL, SE REALIZA FACOEXTRACCION DEL NUCLEO Y SE ASPIRAN RESTOS CORTICALES, SE REALIZA EXTRACCION DE CORTEZA TCORTICAL, APLICACIÓN DE VISCOELASTICO REFORMANDO EL SACO CAPSULAR, INTRODUCCION Y ROTACION DEL LENTEINTRAOCULAR LENTE PLEGABLE PODER + 23.50D MARCA AJL AIALADRY SE REALIZA IMPLANTE DE TROCARES ESCLERALES TRANSCONJUNTIVALES CALIBRE 23G A 3MM DE LIMBO EN HORA 2.10 Y CUADRANTE INFERIOR TEMPORAL, SE COLOCA CANULA DE INFUSION INFERTEMPORAL, SE PROCEDE A REALIZAR VITRECTOMIA POSTERIOL CENTRAL Y PERIFERICA, PREVIA APLICACION DE TRIAMCINOLONA.
SE RETIRAN TROCALES ESCLERALES Y SE REVISA HEMOSTASIA, TONO OCULAR Y PERFUSION DE NERVIO OPTICO. SE APLICA ANTIBIOTICO Y CORTICOIDE SUBCONTIVAL. SE COLOCA APOSITO Y CASCARILLA OCULAR

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 R.M.

HISTORIA No: 17019868

NOMBRE: ELKIN FOCAZZIO GONZALEZ

EDAD: 84.1 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 22, 2024 **HORA:** 16:11

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico: VITRECTOMIA ANTERIOR + FACO + LIO EN OJO IZQUIERDO
Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE A PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE VITRECTOMIA ANTERIOR + FACO + LIO EN OJO IZQUIERDO
Resumen de la Evolución: TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES , SE DA DE ALTA , CON FÓRMULA MÉDICA , CITA DE CONTROL E INCAPACIDAD
Descripción del Evento:SATISFACTORIO
Observación: SE DEJA FORMULA DE

CIPROFLOXACINO GOTAS 0,3%/5ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL

ACETATO DE PREDNISOLONA 1% / 5 ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL

POLIETILENGLICOL PROPILENGLICOL GOTAS 4MG/ML 3MG/15ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 9036/11



Recibo Nro. 882990

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 22, 2024
Fecha Facturación: Julio 22, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 22, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: 17019868 GONZALEZ ELKIN FOCAZZIO **Aut:1087545**

Edad: 84.1 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
147101 VITRECTOMIA ANTERIOR	1	372,500.00	372,500.00
130003 EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	1	1,875,000.00	1,875,000.00
137003 INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS	1	3,720,000.00	3,720,000.00

Son: CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	5,967,500.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	5,967,500.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: ELKIN FOCACION GONZALES	**PROCEDIMIENTO:** FACO+LIO+VITRECTOMIA ANTERIOR
IDENTIFICACION: 17019868	**FECHA:** 22 DE JULIO 2024

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	1
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	1
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	1
Aguja # 18 * 1	1	Guante estéril # 7	1
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	1
Aguja # 23 * 1 1/2	1	Guante estéril # 8	1
Aguja # 26 * 1		Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2	1	Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2		Jeringa de 1 ml	3
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	1
Cánula nasal	1	Jeringa de 5 ml	1
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	1
Cassette Faco	1	Jeringa de 20 ml	1
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado		Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20	1	Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22		Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°	1	Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm	1	Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	60 CM
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	1
Cuchillete Crescent		Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos	3	Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos		Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo		Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	2	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	5 CC

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 2 de 2

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm	1	Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	1CC
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml		Propofol 1% *20ml	1CC
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A	1	Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°	1	Torundas	3T
Aflibercep (Eylia) 40m/ml		Ponti - gotas	5 gotas
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	5 gotas
Agua estéril 500ml	1	Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	150 lt
Azul tripán	1	Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	5 gotas
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)	1CC	Solucion Balanceada	1
Captropril 25mg		Tapon Heparinizado	1
Clindamicina			
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml			
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml	1		
Diclofenaco 75 mg *3ml			
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)	1		
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)	1		
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

HISTORIA No: 17019868

NOMBRE: ELKIN FOCAZZIO GONZALEZ

EDAD: 84.1 Años **FECHA:** Julio 22, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

22/07/2024 17:34:38 INGRESA PACIENTE A CIRUGIA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PROGRAMADO AMBULATORIAMENTE PARA CIRUGIA VITRECTOMIA ANTERIOR + FACO + LIO EN OJO IZQUIERDO VISTE CON ROPA DE CIRUGIA CON AYUDA DE FAMILIAR, SE LAVA LA CARA CON CLOREHEXIDINA, SE SECA, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA , SE TOMAN SIGNOS VITALES, T/A 147/87 Mm/Hg FC :72 X' FR: 20X' SPO2: 98%, T°: 36,5 °C, PREVIO LAVADO DE MANOS SEGUN PROTOCOLO SE APLICAN GOTAS DE ALCAINE+OXYMISYN+ QUIMOX+FOTORRETIN + DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAINA GEL, PREVIO LAVADO DE MANOS SEGUN PROTOCOLO, SE REALIZA LAVADO QUIRURGICO CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA AMBOS OJOS CON SOLUCION SALINA NORMAL-ISODINE ESPUMA,SE CANALIZA VENA DE DORSO DE LA MANO IZQUIERDO CON BRANULA NO.22, DEJANDO CON TAPON HEPARINIZADO FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE TRASLADA PACIENTE CAMINANDO A SALA DE CIRUGIA, SE UBICA EN CAMILLA SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES T/A: 133/84 Mm/Hg FC :78 X' FR: 20X' SPO2: 97%, T°: 36,5 °C, QUEDA EN COMPAÑÍA DE CIRCULANTE DE QUIROFANO INGRI PEREZ FIRMA. VALENTINA GUALTEROS

SE DILUYE 1CC DE CEFALOTINA DE EN 500CC DE SOLUCION BALANCEADA PARA LA IRRIGACION DEL EQUIPO STELLARYS, PARA INFILTRACION CAMERAL. SE LE PASA LIGNOCAIDE Y ADRENALINE INJECTION, HIAULORONATO, AZUL TRIPAN, PARA RETINA SE PASA PERFLORO, VANCOMISINA DE MG SE PASA . 0.1 CC EL CUAL FUE RECONSTITUIDO EN CC EN AGUA ESTERIL PASANDO A LA INSTRUMENTADORA . 0.1CC DEL ANTIBIOTICO EL CUAL SE LLEVO HASTA 0.5 DE AGUA ESTERIL PARA DESECHAR 0.4, DEXAMETASONA DE 4MG, IMOFLAXACINA Y PILOCARPINA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

INICIA CIRUGIA DE VITRECTOMIA ANTERIOR + FACO + LIO EN OJO IZQUIERDO CARGO CIRUJANO DR JORGE LUIS PONGO, INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ , CIRCULANTE QUIROFANO INGRI PEREZ, SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE, TRANQUILO, COLABORA CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIGNOS VITALES : TA:135/74mm/hg FC: 77 X' FR: 22X' SPO2: 97 %, T°: 36,5 mm/hg, . FIRMA VALENTINA GUALTEROS

SE PASA LENTE PLEGABLE DE PODER +23.50 MARCA AJL AIALADRY A LA INSTRUMENTADORA: LISETH JIMENEZ FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

TERMINA CIRUGIA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTAS DE QUIMOX, SE OCLUYE OJO CON APOSITO+ MICROPORE+ PROTECTOR OCULAR, SE DAN INDICACIONES POSOPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, SE RETIRA BRANULA, SIGNOS VITALES TA 130/75 MM/HG, FC 76X´, FR 26X´, SPO2 98%. SALE PACIENTE CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS Y EN COMPAÑIA DE UN FAMILIAR. FIRMA : VALENTINA GUALTEROS
Digita: STEFANY VALENTINA GU

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 34c40244e9f2394270ee251ddea32666013236a429a0e84b4dadce6be78c642b09ba17ab28290aef2100649dd9e36ea8

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34461**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 10:21:54
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882993		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1265603 URIBE RUEDA. GONZALO CC:64233		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00

Son: Doscientos Cincuenta y Siete Mil Ochocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 10:22:07

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	257,800	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	257,800
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	257,800

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital NCqctoFUzkD4JLRDt7xbmKAv/qq9UZmVUxqxqfGSLEE4Wramk38eHNu3avrTv2PY2V66MJgtZpAXM5eSPIp1jb9J7rLrCeXh2ig4YugwD3gJ31du+2ftP6XH++n8JcydQ
uFavn157jQmBT2OSYzuYuPpw9Slfdxx5l0jC98VAplQoRvh/ZUnedmsaskPIjXGhMEVDDyjtyYsJOSrNoz1nfeUhZ5bENWqgB20AIddmqHx/M15lVSSTwNg0Ni4HJCZvN
cb7FBmgnRj0hpiLdL9peuXQA4cN8CEFxrfJepcaFvog0frY3ZnLjZlfGV6o0vdg/oDlkVyeMyfCo5CQc72mg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 18/04/2024 13:29:59

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-04-1265603 **FECHA SOLICITUD:** 4/18/24 1:29 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: GONZALO URIBE RUEDA
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: MY
REGIONAL: NORORIENTE
DOCUMENTO: 64233
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra
ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1265603	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA
FECHA DE VENCIMIENTO: 18/04/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 18/04/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre GONZALO URIBE RUEDA.

Documento 64233 **Fecha** Abril 09, 2024

Entidad

S.S. / TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR - (951902) Ambos Ojos Cantidad: 2

Fundación Ver Sin Fronteras
Nit. 900.707.850-1

Observación: OCT DE MACULA

Dx: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001



Recibo Nro. 882993

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 22, 2024
Fecha Facturación: Julio 22, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 22, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 64233 URIBE RUEDA. GONZALO **Aut:1265603**

Edad: 96.4 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951902 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	128,900.00	257,800.00

Son: DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	257,800.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	257,800.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Patient: URIBE RUEDA, GONZALO
Physician: DRA, ROSA GALVIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: RETINOPATIAS DF YC VASCULARES

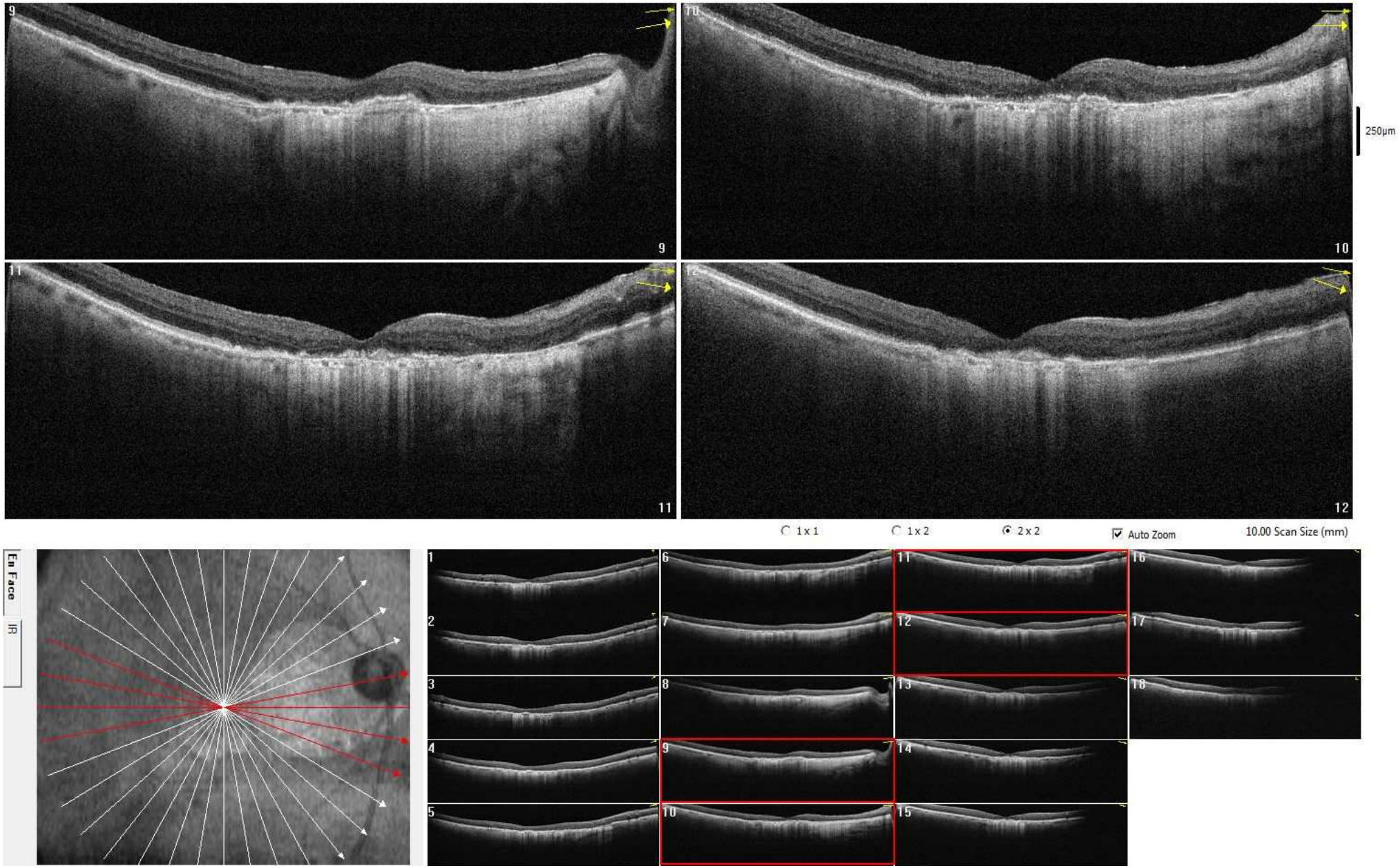
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 64233

Exam Date: 22/07/2024
DOB(age): 16/03/1928 (96)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines

Signal Strength Index 44

Right / OD



Report Date: lunes 22/07/2024 15:25:17 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: URIBE RUEDA, GONZALO
Physician: DRA, ROSA GALVIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: RETINOPATIAS DF YC VASCULARES

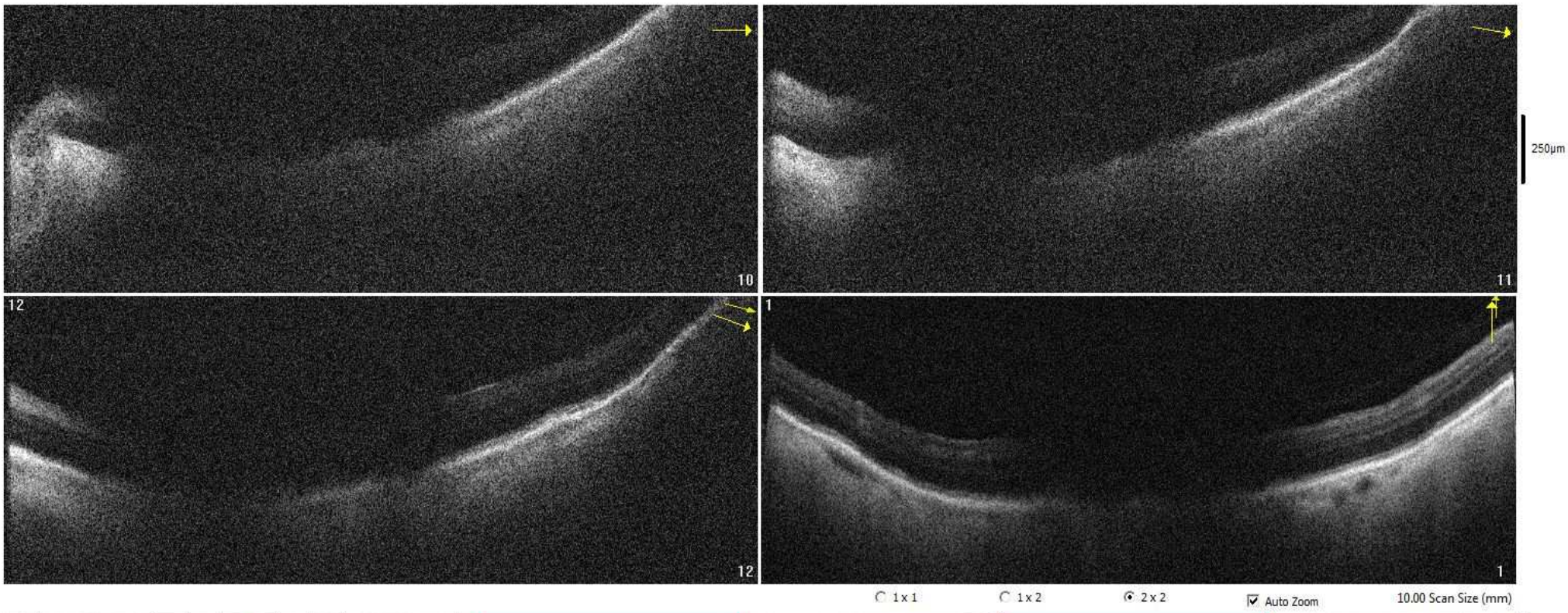
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 64233

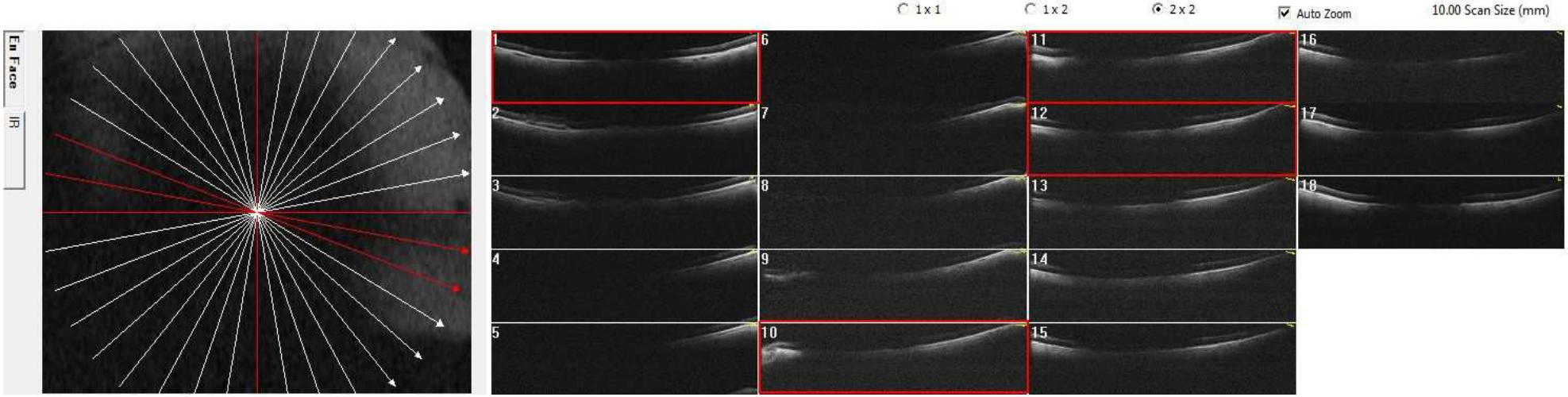
Exam Date: 22/07/2024
DOB(age): 16/03/1928 (96)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines

Signal Strength Index 9

Left / OS





Report Date: lunes 22/07/2024 15:25:46 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: URIBE RUEDA, GONZALO
Physician: DRA, ROSA GALVIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: RETINOPATIAS DF YC VASCULARES

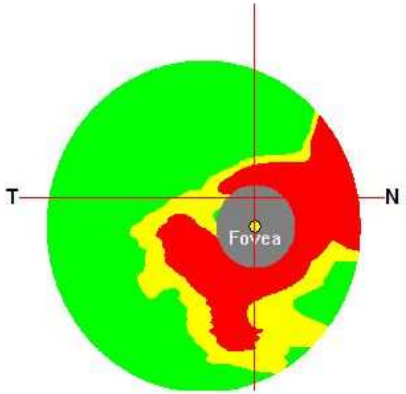
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 64233

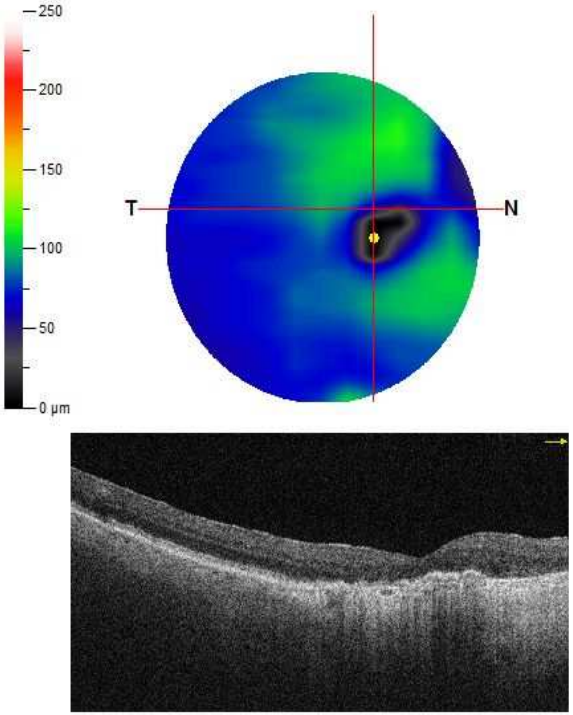
Exam Date: 22/07/2024
DOB(age): 16/03/1928 (96)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

GCC OU Report

Right / OD

Exam Date: 22/07/2024 15:19:27



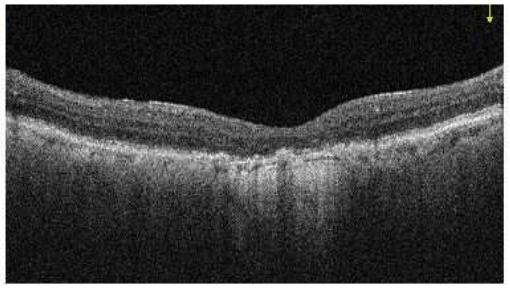


53 Signal Strength Index 18

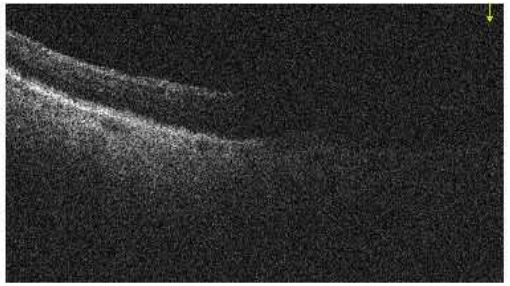
GCC Analysis	OD	OS
Average GCC (µm)	82	133
Superior GCC (µm)	86	121
Inferior GCC (µm)	78	153
FLV (%)	6.94	13.78
GLV (%)	13.41	13.78

p>5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal

OD



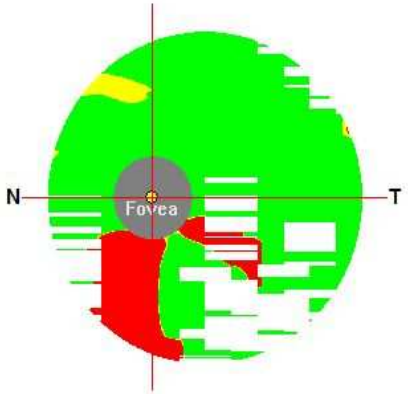
OS

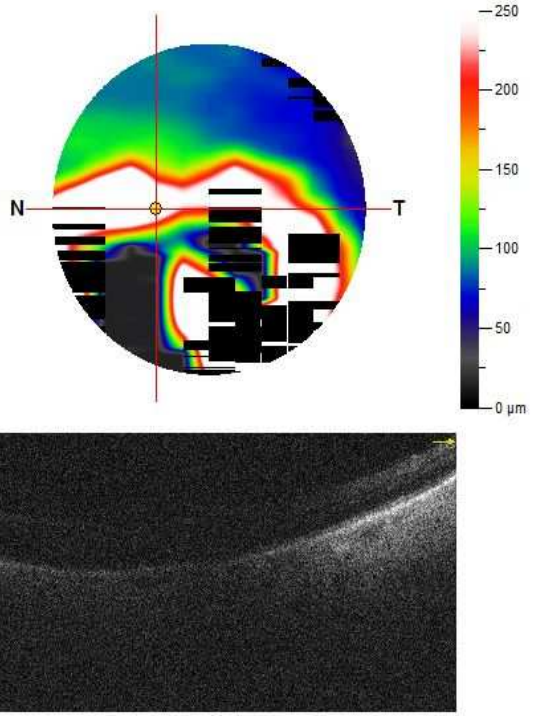


Auto Zoom

Left / OS

Exam Date: 22/07/2024 15:21:29





Report Date: lunes 22/07/2024 15:26:08 Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE

Patient: URIBE RUEDA, GONZALO
Physician: DRA, ROSA GALVIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: RETINOPATIAS DF YC VASCULARES

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 64233

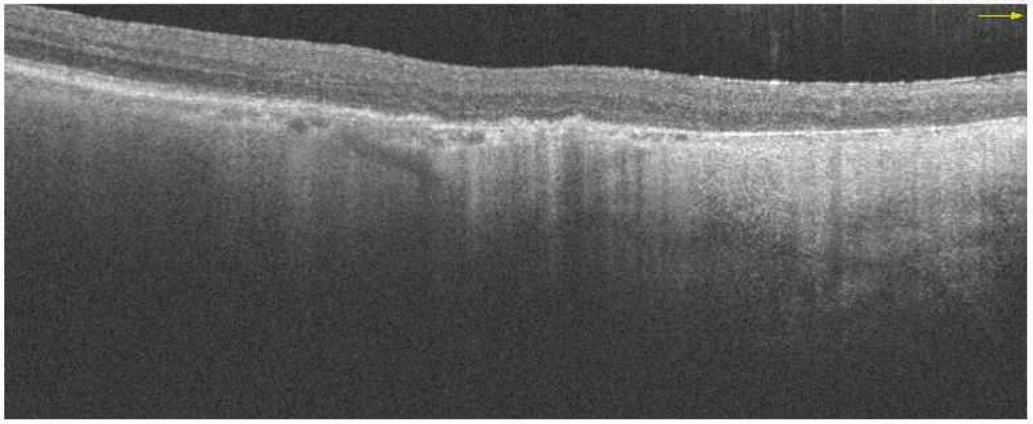
Exam Date: 22/07/2024
DOB(age): 16/03/1928 (96)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

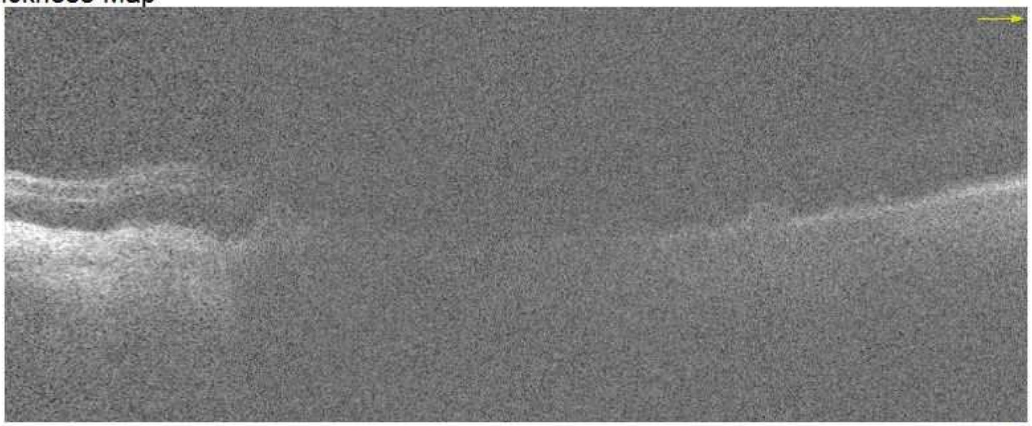
Retina Map OU Report

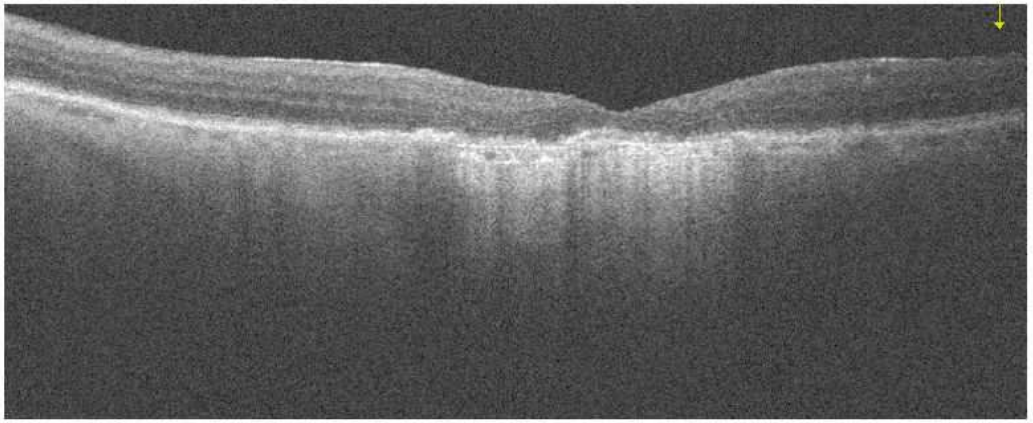
Right / OD

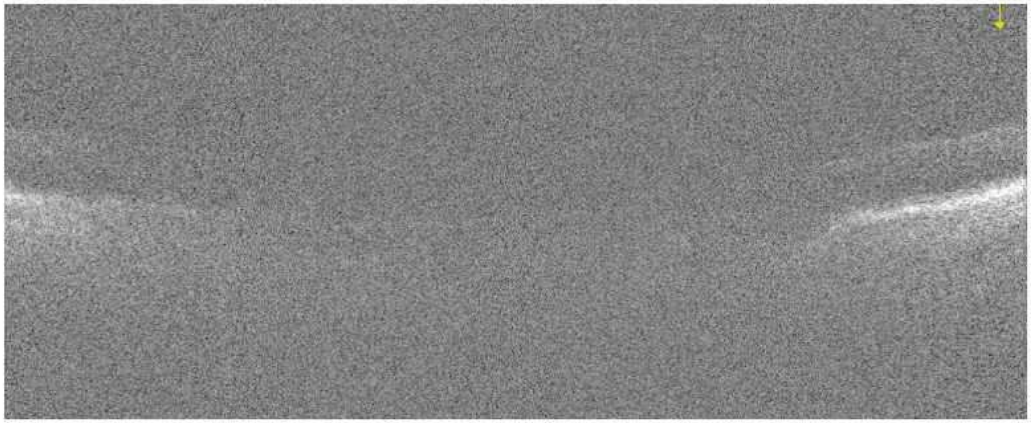
Full Retina Thickness Map

Left / OS





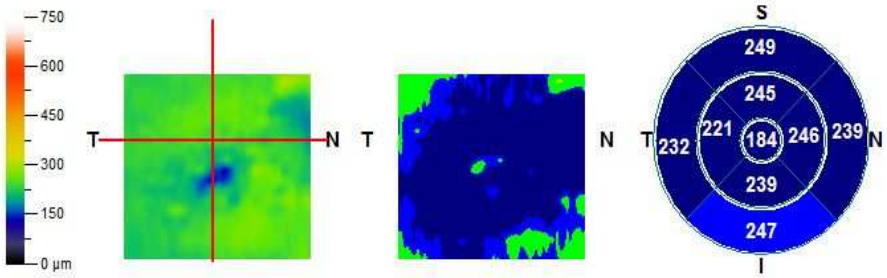




Exam Date: 22/07/2024, SSI = 59.6

Exam Date: 22/07/2024, SSI = 6.3

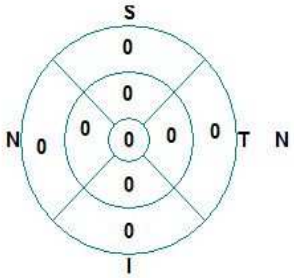
Auto Zoom

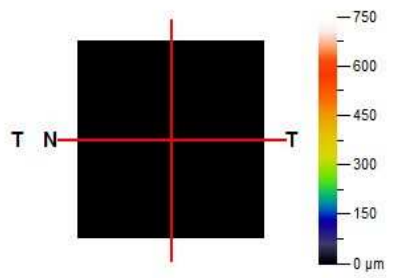


NDB Reference from Normal Map

Threshold
0

p > 99%
p > 95%
p > 5%
p > 1%
p < 1%





NDB Reference from Normal Map

Report Date: lunes 22/07/2024 15:24:55
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 2a78b55fccc9a7f8fe2fbb2287f86832c347fafc7cedaaaa0c285f6d11c0ac7464c9cac80e1645c309f49ba3ac286077

No. FVSF 34462

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 10:47:20
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883239		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	147103	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE VÍTREO NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1499729 PEREZ MEJIA JORGE WILLIAM CC:16796663		UNIDAD	2.00	0	0.00	815,700.00	1,631,400.00

Son: Un Millon Seiscientos Treinta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 10:47:34

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	1,631,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	1,631,400
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	1,631,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital DuYR7iFSRYvcz6YN8pPtUgp30BvhfjU4UzwBWMFpxehFE6ZZtc6JtolIPYq5KIfXo6NOW8x/iX1UWk9Su8eYBhEISL/+zDd62IHYcUuRroEkXEuUhLN3Nj7aDsXDrL5coh
UX5NzaEQfiySmFoPh4L6b3MTBjQIMo86w+DvZzeB6JWcBJhyg8Jip5auCYlXBtSzMEXnqhfCCFdh95WAUYTcXWj8yXUmg4nclO01RYuhkrktaOlxCj+zsgfNzwL0ekNR
OqLNiJLMdKTt44FreZP2v5jaQZiCE2tCV+fAUVEV+WH+c+X7cUpbK/dyV+eClPYx4t1bUehBOPDXW4lkm1Qg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 06/05/2024 10:53:10

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-05-1499729 **FECHA SOLICITUD:** 5/6/24 10:53 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE WILLIAM PEREZ MEJIA
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 16796663
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1499729	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	147103	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: . **DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS. AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINA Y VITREO*****3 DOSIS POR 1 MES******SE HOMOLOGA CUPS 169006 POR CUPS 147103****

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/05/2025

AUTORIZADA POR: _____

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 06/05/2025

C

Mejoramos la forma de Ver tu Mundo

www.versinfronteras.com

FÓRMULA MÉDICA

EPS	FUERZAS MILITARES			**FECHA**	26/04/2024
PACIENTE	JORGE WILLIAM PEREZ MEJIA			**TIPO**	
TIPO DOCUMENTO	CC	**No. DOCUMENTO**	16796663		

SERVICIO SOLICITADO

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	CANTIDAD	POSOLOGÍA
AFLIBERCEPT (EYLEA) JERINGA PRECARGADA EN VIDRIO TIPO 1 QUE CONTIENE 0.177ML	40MG/1ML	2 JERINGAS PRECARGADAS EN VIDRIO TIPO 1 QUE CONTIENE 0.177ML	PARA APLICACION INTRAVITREA REQUIERE UNA DOSIS EN AMBOS OJOS TOTAL 2 JERINGAS PRECARGADAS / 1 MES

DX PRINCIPAL - CIE10	H353	**DESCRIPCIÓN - CIE10**	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO
OBSERVACIONES			
MÉDICO	DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS OFTALMÓLOGO - ESP. RETINA Y VÍTREO RM. 9036/11	FIRMA Y SELLO	**ELABORÓ** 1W

ESPECIALISTAS EN **RETINA Y VÍTREO** / SEGMENTO **ANTERIOR** / OPTOMETRÍA ÓPTICA Y FARMACIA
CITAS PBX +57 (7) **7000090 - 7000091** **SIAU: (318) 712 5519** CIRUGIA: (315) 7244851

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
JORGE WILLIAM PEREZ MEJIA

Documento 16796663 **Fecha** Abril 26, 2024

S.S. / INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA - (169006) Ambos Ojos Cantidad: 2

Observación: 3 DOSIS 1 POR MES

Dx: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre: JORGE WILLIAM PEREZ MEJIA
Documento: CC 16796663 Fecha de Nac: Diciembre 14, 1971
Entidad: Edad: 52.4 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3212579233
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Abril 26, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: PACIENTE CON MACULOPATIA EN TTO INCOMPLETO 1 SOLA DOSIS DE TAAG FALTAN DOS
ANTECEDENTES:

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

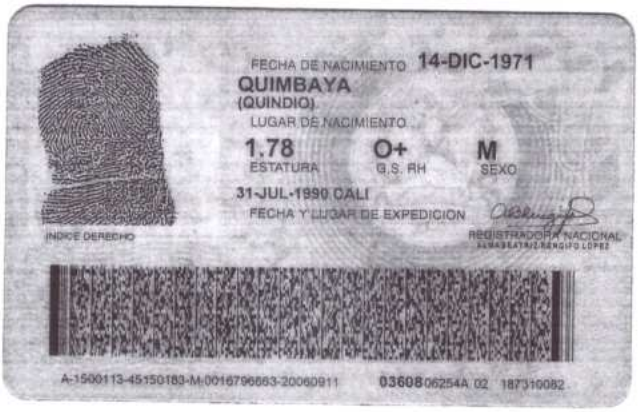
HORA: 17:15

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
LI OOK
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CORNEA CLARA
LI OOK
FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
PERDIDA DEL BRILLO FOVEAL
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA
PERDIDA DEL BRILLO FOVEAL

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO
PLAN:
OCT MACULAR AO
PROGRAMAR TERAPIA ANTIANGIOGENICA 3 DOSIS EN AO DE EYLEA (AFLIBERCEPT) APLICAR 1 POR MES EN AO
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 16.796.663
PEREZ MEJIA
JORGE WILLIAM
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1971
QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-JUL-1990 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500113-45150183-M-0016796663-20060911 03608 06254A 02 187310082

HISTORIA No: 16796663

NOMBRE: JORGE WILLIAM PEREZ MEJIA

EDAD: 52.6 Años **SEXO:** M

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 24, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** JORGE PONGO

ANESTESIOLOGO: **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1ERA DOSIS

TIPO DE ANESTESIA LOCAL

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

PACIENTE BAJO ANESTESIA LOCAL ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE REGIÓN PERIOCULAR, COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES, COLOCACIÓN DE BLEFARÓSTATO, MARCACION DE 4 MM DE LIMBO CORNEAL SE REALIZA APLICACIÓN INTRAVITREA AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1 ERA DOSIS
SE DA POR TERMINADO EL ACTO QUIRÚRGICO.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 R.M.

HISTORIA No: 16796663

NOMBRE: JORGE WILLIAM PEREZ MEJIA

EDAD: 52.6 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 24, 2024 **HORA:** 09:53

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico: APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1ERA DOSIS
Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE A PROGRAMACION DE APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1ERA DOSIS
Resumen de la Evolución: SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DA DE ALTA CON INDICACIONES FORMULA MEDICA, CITA CONTROL
Descripción del Evento:SATISFACTORIA
Observación: SE DEJA PACIENTE CON FÓRMULA MÉDICA:
ACETATO DE PREDNISOLONA 1%/ 5ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
POLIETINGLICOL+PROPILENGLICOL 4MG/1ML 3MG/15ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
MOXIFLOXACINO GOTAS 0,5%/5ML APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 9036/11



Recibo Nro. 883239

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 24, 2024
Fecha Facturación: Julio 24, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 24, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 16796663 PEREZ MEJIA JORGE WILLIAM **Aut:14997290**

Edad: 52.6 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
147103 ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	2	815,700.00	1,631,400.00

Son: UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	1,631,400.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	1,631,400.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

HISTORIA No: 16796663

NOMBRE: JORGE WILLIAM PEREZ MEJIA

EDAD: 52.6 Años **FECHA:** Julio 24, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

24/07/2024 12:19:44 INGRESA PACIENTE MASCULINO AL TRANSFER DE SALA DE PROCEDIMIENTOS EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR , PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS AFLIBERCEPT 1 DOSIS EN AMBOS OJOS , DANDO CUMPLIMIENTO AL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE SE REALIZA EL RETIRO DE PRENDAS Y LA POSTURA DE ROPA QUIRÚRGICA, LUEGO SE PROCEDE REVISAR HISTORIA CLÍNICA Y MARCACIÓN DEL SITIO OPERATORIO, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LA TOMA DE SIGNOS VITALES EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE CON : TA: 113/64 mmHg, FC: 74 LPM, FR: 20x', SPO2: 95%, T°: 36.5°C, HACIENDO CUMPLIMINETO DEL PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA INSTITUCIÓN, SE DA INICIO A LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS DE ALCAINE+OXIMISYN + QUIMOX + DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAÍNA GEL, SE PIDE AL FAMILIAR UBICARSE EN SALA DE ESPERA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE TRASLADA EL PACIENTE AL ÁREA DE ESPERA Y SE CONTINÚA CON LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS, SE PIDE AL USUARIO LAVAR LA CARA Y LAS MANOS CON CLORHEXIDINA AL 0.12% Y SE APLICA GOTA DE OQ-SEPTIC PARA DAR INGRESO AL ÁREA QUIRÚRGICA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE DA INGRESO AL PACIENTE AL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS, SE UBICA SOBRE LA MESA DE PROCEDIMIENTOS Y SE INICIA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES TA: 115/68 mmHg, FC: 73LPM, FR: 20x', SPO2: 98%, T°: 36.5°C, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LAVADO QUIRÚRGICO EN AMBOS OJOS EN LA ZONA PERIOCULAR, CON ISODINE ESPUMA, AGUA ESTERIL Y GASAS, LUEGO SE IMPREGNA EL ÁREA CON ISODINE SOLUCIÓN Y SE APLICA UNA GOTA DE Q-SEPTIL, QUEDA EL PACIENTE EN COMPAÑÍA DEL CIRCULANTE DE SALA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

INICIA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS AFLIBERCEPT 1 DOSIS EN AMBOS OJOS A CARGO DE CIRUJANO JORGE PONGO INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ, CIRCULANTE LILIANA GELVEZ , SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE, EN OPTIMAS CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, SIN ALTERACIONES. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

TERMINA CIRUGÍA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTA DE QUIMOX,SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE TRANSFER SE LLAMA AL ACOMPAÑANTE PARA DAR INDICACIONES POST-OPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, FÓRMULA MÉDICA, SE RETIRA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y SE DA SALIDA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS
Digita: STEFANY VALENTINA GU

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: JORGE WILLIAM PARRA	PROCEDIMIENTO: TERAPIA ANTIANGIOGENICA
IDENTIFICACION: 16796663	FECHA: 24 DE JULIO 2024

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	1
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	1
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	2
Aguja # 18 * 1		Guante estéril # 7	
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	1
Aguja # 23 * 1 1/2		Guante estéril # 8	
Aguja # 26 * 1		Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2		Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2	1	Jeringa de 1 ml	2
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	
Cánula nasal		Jeringa de 5 ml	
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	
Cassette Faco		Jeringa de 20 ml	
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado		Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20		Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22		Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°		Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm		Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	
Cuchillete Crescent		Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos		Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos		Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo		Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	2	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	

15

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 2 de 2

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm		Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml		Propofol 1% *20ml	
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A		Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°		Torundas	1T
Aflibercep (Eylia) 40m/ml	2	Ponti - gotas	5g
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	
Agua estéril 500ml	1	Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	
Azul tripán		Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	5g
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	1g
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)			
Captropril 25mg			
Clindamicina			
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml			
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml			
Diclofenaco 75 mg *3ml			
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)			
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)			
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 7ba7c71ff0704a593d3bbf09849552c8919b77a6166f81031f2445e83df60b09861ce9d1ecdc549c0a968dfc91c6cf77

No. FVSF 34463

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 11:03:38
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883310		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	147103	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE VÍTREO NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 602874 PEÑA PINTO ALIRIO CC:5474980		UNIDAD	2.00	0	0.00	815,700.00	1,631,400.00

Son: Un Millon Seiscientos Treinta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 11:03:51

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	1,631,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	1,631,400
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	1,631,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
NfkDPJ1necCxNkrgKRGfjCe7I4ksGtdEngYA+VdzjyRmHhxQKw6XGnMovJuYxgFJZXqv1HXCTEN809JzG6t63SUw1KTKs7Qka2RmeU7UY6b/2TTLUHIOs4bvbC4z4k
wcJUwH2ZhfNJzax7jTYp0AxzfRD6ifMVDu/K1nSGg660MDQt4Bizj7k/lGvTAAaa2MD9DDogqjW/jRnZerUkekkpkAwoHZBmiWCXDQuShMrYDagfmK/qP0Ef90R2ViVb6
kyLCbwuqf6v3lE7o++pzLfVjh1YnNoJRgdLIX0eiwKyA2lYWdA15ZEy37uHQHccbkQrgveMD+g31b4kdgw4lAsg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 29/02/2024 08:48:31

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-02-328779 **FECHA SOLICITUD:** 2/29/24 8:47 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ALIRIO PEÑA PINTO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SM
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5474980
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-02-602874	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	147103	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN DE FECHA 23/02/2024 POR MEDICO OFTALMOLOGO RETINOLOGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SIN FRONTERAS. PROGRAMAR TERAPIA ANTIANGIOGENICA CON EYLEA 3 DOSIS APLICAR 1 PO. AMBOS OJOS. SE HOMOLOGA CUPS 169006
FECHA DE VENCIMIENTO: 28/02/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

Mejoramos la forma de Ver tu Mundo

FÓRMULA MÉDICA

EPS	FUERZAS MILITARES	FECHA	23/02/2024
PACIENTE	ALIRIO PEÑA PINTO	TIPO	POS
TIPO DOCUMENTO	CC	No. DOCUMENTO	5474980

SERVICIO SOLICITADO

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	CANTIDAD	POSOLOGÍA
AFLIBERCEPT (EYLEA) JERINGA PRECARGADA EN VIDRIO TIPO 1 QUE CONTIENE 0.177ML	40MG/1ML	1 JERINGAS PRECARGADA EN VIDRIO TIPO 1 QUE CONTIENE 0.177ML	PARA APLICACION INTRAVITREA REQUIERE UNA DOSIS EN AMBOS OJOS 1 JERINGAS PRECARGADA POR MES TOTAL 1

DX PRINCIPAL - CIE10	H330	DESCRIPCIÓN - CIE10	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA
OBSERVACIONES	3 DOSIS 1 POR MES		
MÉDICO	DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS OFTALMÓLOGO - ESP. RETINA Y VÍTREO RM. 9036/11	FIRMA Y SELLO	Dr. Jorge Luis Pongo Valderas OFTALMÓLOGO - RETINÓLOGO R.M. 9036-11
		ELABORÓ	0

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
ALIRIO PEÑA PINTO

Documento 5474980

Fecha Febrero 23, 2024

S.S. / INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA - (169006)

Ambos Ojos

Cantidad: 1

Observación: PROGRAMAR TERAPIA ANTIANGIOGENICA CON EYLEA 3 DOSIS APLICAR 1 PO

Dx: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001

24 de Julio.
2:00 Pm.
Calle. 44 # 37-37.

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre: ALIRIO PEÑA PINTO
Documento: CC 5474980
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Abril 29, 1941
Edad: 82.9 Sexo: M
Teléfono: 3123340639
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Febrero 23, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: CONTROL CON RESULTADOS DE OCT MACULAR AO
ANTECEDENTES:

OFTALMOSCOPÍA

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 
Tipo: Spaeth

PIO: OD: **OI:**

HORA: 11:50

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
LIO OK
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CORNEA CLARA
LIO OK
FONDO DE OJO: O.D.:
QUISTES CONFIRMADOS POR OCT POR DMRE
FONDO DE OJO: O.I.:
QUISTES CONFIRMADOS POR OCT POR DMRE

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO
PLAN:
PROGRAMAR TERAPIA ANTIANGIOGENICA CON EYLEA 3 DOSIS APLICAR 1 POR MES (AFLIBERCEPT)
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMIENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 5.474.980



Apellidos
PEÑA PINTO

Nombres
ALIRIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.71

Sexo
M

Fecha de nacimiento
29 ABR 1941

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
GUACA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
31 OCT 1962, PAMPLONA

Firma

Fecha de expiración
28 ABR 2033

COL

0183931196

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0183931962250 64<<<<<<<<<<
4104294M3304260COL5474980<<<<8
PENA<PINTO<<ALIRIO<<<<<<<<<<<<

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: Alirio Peña Pinto	PROCEDIMIENTO: TERAPIA ANTIANGIOGENICA
IDENTIFICACION: 5474980	FECHA: 24 DE JULIO 2024

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	1
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	1
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	2
Aguja # 18 * 1		Guante estéril # 7	
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	1
Aguja # 23 * 1 1/2		Guante estéril # 8	
Aguja # 26 * 1		Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2		Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2	1	Jeringa de 1 ml	2
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	
Cánula nasal		Jeringa de 5 ml	
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	
Cassette Faco		Jeringa de 20 ml	
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado		Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20		Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22		Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°		Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm		Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	
Cuchillete Crescent		Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos		Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos		Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo		Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	2	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 2 de 2

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm		Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml		Propofol 1% *20ml	
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A		Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°		Torundas	1T
Aflibercep (Eylia) 40m/ml	2	Ponti - gotas	5y
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	
Agua estéril 500ml	1	Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	
Azul tripán		Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	5y
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	1y
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)			
Captropril 25mg			
Clindamicina			
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml			
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml			
Diclofenaco 75 mg *3ml			
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)			
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)			
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

HISTORIA No: 5474980

NOMBRE: ALIRIO PEÑA PINTO

EDAD: 83.3 Años **SEXO:** M

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 24, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** JORGE PONGO

ANESTESIOLOGO: **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1ERA DOSIS

TIPO DE ANESTESIA LOCAL

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

PACIENTE BAJO ANESTESIA LOCAL ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE REGIÓN PERIOCULAR, COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES, COLOCACIÓN DE BLEFARÓSTATO, MARCACION DE 4 MM DE LIMBO CORNEAL SE REALIZA APLICACIÓN INTRAVITREA AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1 ERA DOSIS
SE DA POR TERMINADO EL ACTO QUIRÚRGICO.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 R.M.

HISTORIA No: 5474980

NOMBRE: ALIRIO PEÑA PINTO

EDAD: 83.3 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 24, 2024 **HORA:** 14:31

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico: APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1ERA DOSIS
Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE A PROGRAMACION DE APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 1ERA DOSIS
Resumen de la Evolución: SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DA DE ALTA CON INDICACIONES FORMULA MEDICA, CITA CONTROL
Descripción del Evento:SATISFACTORIA
Observación: SE DEJA PACIENTE CON FÓRMULA MÉDICA:
ACETATO DE PREDNISOLONA 1%/ 5ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
POLIETINGLICOL+PROPILENGLICOL 4MG/1ML 3MG/15ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
MOXIFLOXACINO GOTAS 0,5%/5ML APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 9036/11



Recibo Nro. 883310

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 24, 2024
Fecha Facturación: Julio 24, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 24, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5474980 PEÑA PINTO ALIRIO **Aut:602874**

Edad: 83.3 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
147103 ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	2	815,700.00	1,631,400.00

Son: UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	1,631,400.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	1,631,400.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

HISTORIA No: 5474980

NOMBRE: ALIRIO PEÑA PINTO

EDAD: 83 Años **FECHA:** Julio 24, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

24/07/2024 16:20:36 INGRESA PACIENTE MASCULINO AL TRANSFER DE SALA DE PROCEDIMIENTOS EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR , PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS AFLIBERCEPT 1 DOSIS EN AMBOS OJOS , DANDO CUMPLIMIENTO AL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE SE REALIZA EL RETIRO DE PRENDAS Y LA POSTURA DE ROPA QUIRÚRGICA, LUEGO SE PROCEDE REVISAR HISTORIA CLÍNICA Y MARCACIÓN DEL SITIO OPERATORIO, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LA TOMA DE SIGNOS VITALES EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE CON : TA: 128/70 mmHg, FC: 59 LPM, FR: 20x', SPO2: 95%, T°: 36.5°C, HACIENDO CUMPLIMINETO DEL PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA INSTITUCIÓN, SE DA INICIO A LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS DE ALCAINE+OXIMISYN + QUIMOX + DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAÍNA GEL, SE PIDE AL FAMILIAR UBICARSE EN SALA DE ESPERA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE TRASLADA EL PACIENTE AL ÁREA DE ESPERA Y SE CONTINÚA CON LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS, SE PIDE AL USUARIO LAVAR LA CARA Y LAS MANOS CON CLORHEXIDINA AL 0.12% Y SE APLICA GOTA DE OQ-SEPTIC PARA DAR INGRESO AL ÁREA QUIRÚRGICA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE DA INGRESO AL PACIENTE AL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS, SE UBICA SOBRE LA MESA DE PROCEDIMIENTOS Y SE INICIA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES TA: 126/77 mmHg, FC: 79LPM, FR: 20x', SPO2: 98%, T°: 36.5°C, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LAVADO QUIRÚRGICO EN AMBOS OJOS EN LA ZONA PERIOCULAR, CON ISODINE ESPUMA, AGUA ESTERIL Y GASAS, LUEGO SE IMPREGNA EL ÁREA CON ISODINE SOLUCIÓN Y SE APLICA UNA GOTA DE Q-SEPTIL, QUEDA EL PACIENTE EN COMPAÑÍA DEL CIRCULANTE DE SALA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

INICIA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS AFLIBERCEPT 1 DOSIS EN AMBOS OJOS , A CARGO DE CIRUJANO JORGE PONGO INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ, CIRCULANTE LILIANA GELVEZ , SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE, EN OPTIMAS CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, SIN ALTERACIONES. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

TERMINA CIRUGÍA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTA DE QUIMOX,SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE TRANSFER SE LLAMA AL ACOMPAÑANTE PARA DAR INDICACIONES POST-OPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, FÓRMULA MÉDICA, SE RETIRA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y SE DA SALIDA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS
Digita: STEFANY VALENTINA GU

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: d5e935a880ace79aa571b3f49701a47ec86be6c86dce6807cadfaf3c2f52e3a50c15b7c0b22190f39925b2ce87fd63f2

No. FVSF 34466

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 14:04:45
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881471		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (CORNEA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 152149 PEREZ TIMOLEON CC:4982111		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 14:05:22

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: f5q5je9usjN7/eXRfxh0u7OgJvJI2CbS/f/8TTd7dFqcnOhnyaBobaM2A4jNueDdvd+DNZk3hTATYzsCjg7IvQ0nAssAMEzi14i2qqqizI4KuSONS1hCv2hITSvMQ3wm1SGa hTo9HGssUolc8IVRce9Mrfh/IT4Bc1ZaTbNLy5mxYjpLwX5MupTTXVh0egWmouZQE5pUUZ2wCGhi95MQ/wdoU2MVQ4U8flUB6slkq4TdLt99hE4VIUYavOuFGAbsZJ/v vOgxrzcZnmKgMyzuSNHLTJR2mtNtL5c4ktiguMExv+/dDYoU8BEzyWawkMhDwC/u1Px/p0UfLWxehQreaQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s



Recibo Nro. 881471

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 06, 2024
Fecha Facturación: Julio 06, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 06, 2024
RESP: 1Q

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 4982111 PEREZ TIMOLEON **Aut:593127**

Edad: 89.6 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: TIMOLEON PEREZ
Documento: CC 4982111
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Diciembre 19, 1934
Edad: 89.6 Sexo: M
Teléfono: 3175605690
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 06, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: CONTROL POR OFTALMOLOGIA PARA ENTREGA DE EXAMENES PREQUIRURGICOS
ANTECEDENTES: GENERALES
1.DIABETES
2.HTA
OFTALMOLOGIA
1.

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

HORA: 09:34

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

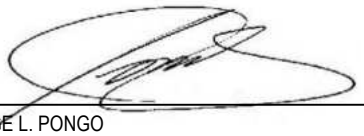
BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLOGICA 60%
CRISTALINO CON OPACIDAD HIPERMADURA
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLOGICA 60%
CRISTALINO CON OPACIDAD HIPERMADURA
FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA POR ECOGRAFIA
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA POR ECOGRAFIA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
PLAN:
PACIENTE CON EXAMENES PREQURIURGICOS COMPLETOS.

EKG BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE PRIMER GRADO.

SE ENVIA CIRUGIA DE:
-FACO + LIO OI

Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Fecha generación: 25/01/2024 11:37:03

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:REF-2023-11-593127 **FECHA SOLICITUD:** 1/25/24 11:36 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: TIMOLEON PEREZ
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 4982111
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-01-152149	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	890376-2	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: CATARATA AO , HIPERMADURAS, ADEMAS POSIBLEMENTE ASOCIADA RETINOPATIA DIABETICA DE GRADO A PRECISAR. SE SOLCITA OPTOMETRIA Y VALORACION POR SEGEMNTO ANTERIOR
CONTROL CON DISPENSARIO POR 4 MESES .
FECHA DE VENCIMIENTO: 23/07/2024

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.982.111**

APELLIDOS **PEREZ**

NOMBRES **TIMOLEON**





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1934**
GUICAN
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

18-DIC-1961 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ SENDOYA LOPEZ

A-2500100-55119101-M-0004982111-20041118 02358 04322O 03 140569984

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre TIMOLEON PEREZ

Documento 4982111 **Fecha** Junio 11, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890376) Ambos Ojos Cantidad: 2

Observación: CONTROL CON RESULTADOS

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 5f0340891a3bb7e66b0596387b6e4c5c6ea5358b274ea238eb0190fbe41bd66353cb4f38ae7fd69871fa69b0059e301f

No. FVSF 34473

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 14:43:37
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881098		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1427436 MONOGA CAICEDO GUSTAVO CC:10528629		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00

Son: Doscientos Cincuenta y Siete Mil Ochocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 14:43:52

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	257,800	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	257,800
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	257,800

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
WFgj2gYxqIyffIXwp1/7efnZOYEzG4r5NOsXSvzDImqalffO0VZwSiq6D+ojvNbC5GYJUYGKSCLWfifBZIU9+3gIdMSW7sqj7mJsyOWoUddj1OJ7+dN5ypXf3Tuq1hkajZFx/gs7WSxPggXabPM0HaHDrTgID4WM2JVKFXrv6ub7oIARI90ZKK2ncuiiTNZ6ZCKnqdcruSj9Z2Wo3LFSQlyJ8NkVkH3Qt2tL11NxjpZ0MHSGRjVAxORGV0urSbTJBs6SCEZnaP//wGI4lLvCjb9oQWtbFsNWWucVpltENPj09MmdReQvnKfHkNeT1pII/Npi+OFa+WhPiRz4YyzZzw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES



Recibo Nro. 881098

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 03, 2024
Fecha Facturación: Julio 03, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 03, 2024
RESP: 1Q

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 10528629 MONOGA CAICEDO GUSTAVO **Aut:1427436**

Edad: 70.7 Años Sexo: Masculino Mpio: 276 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951902 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	128,900.00	257,800.00

Son: DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	257,800.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	257,800.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Patient: MONOGA CAICEDO , GUSTAVO
Physician:
Operator:
Disease:

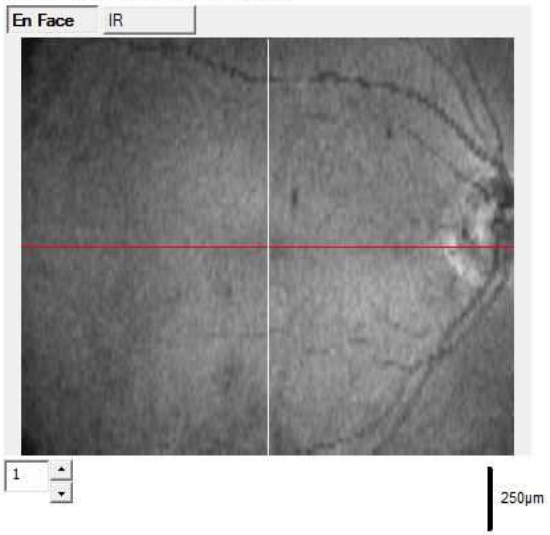
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 10528629

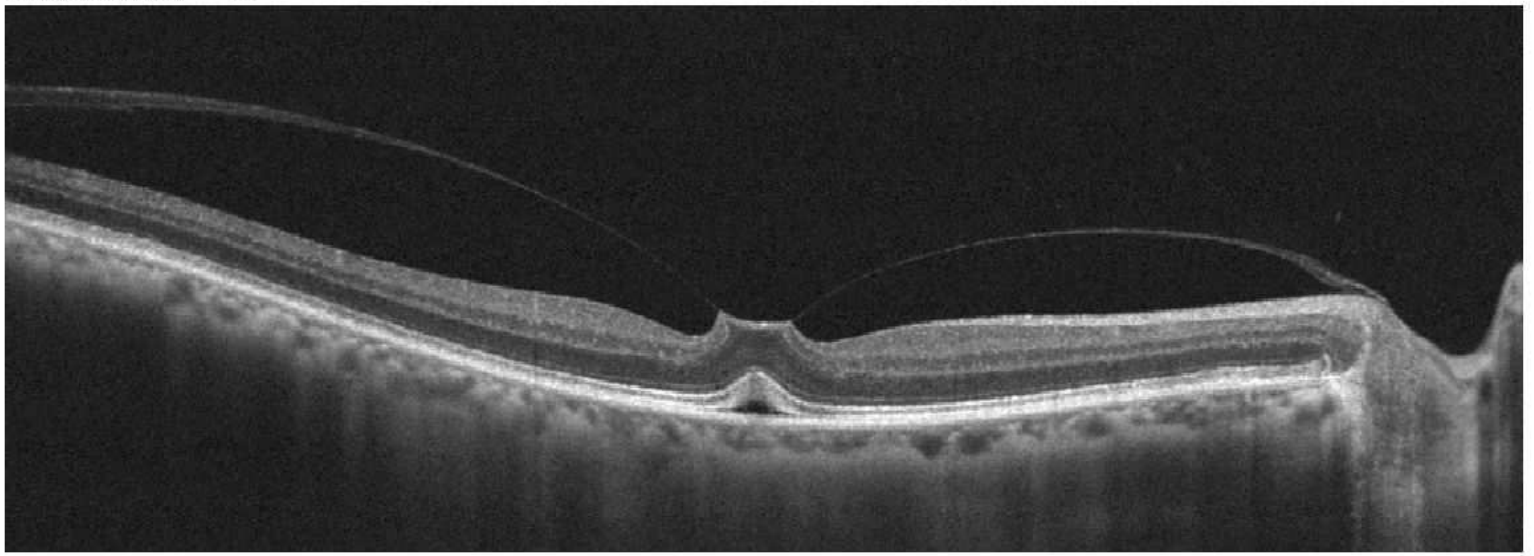
Exam Date: 03/07/2024
DOB(age): 07/11/1953 (70)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

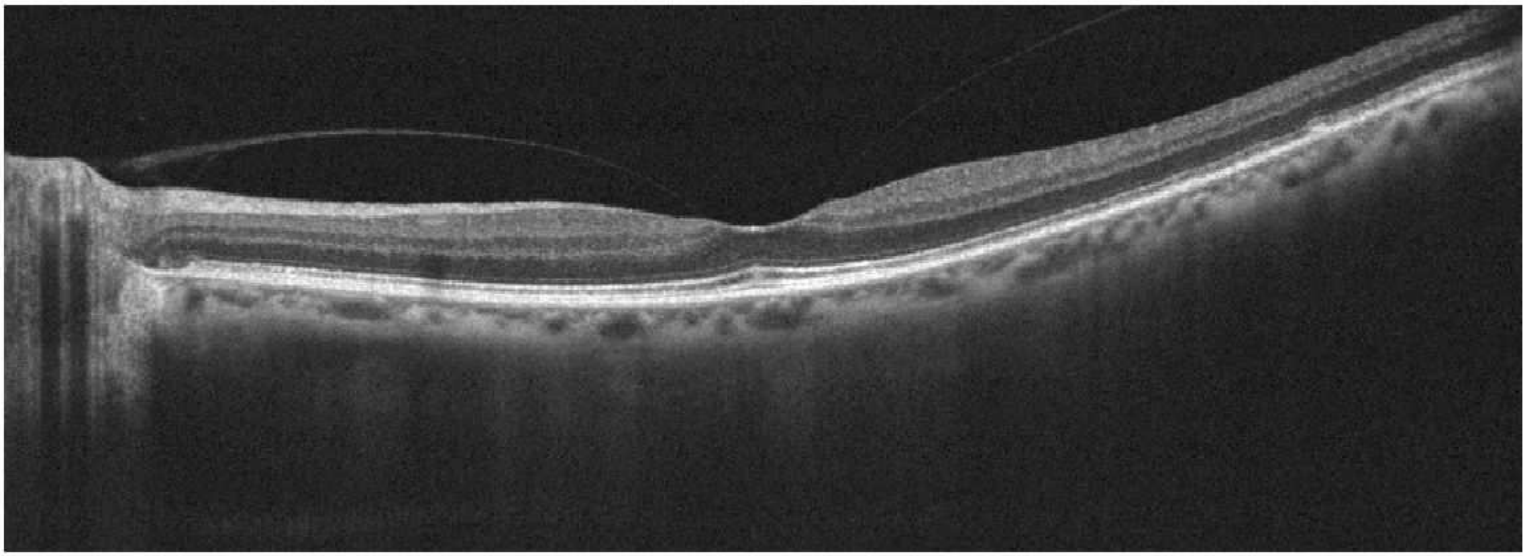
Cross Line OU Report

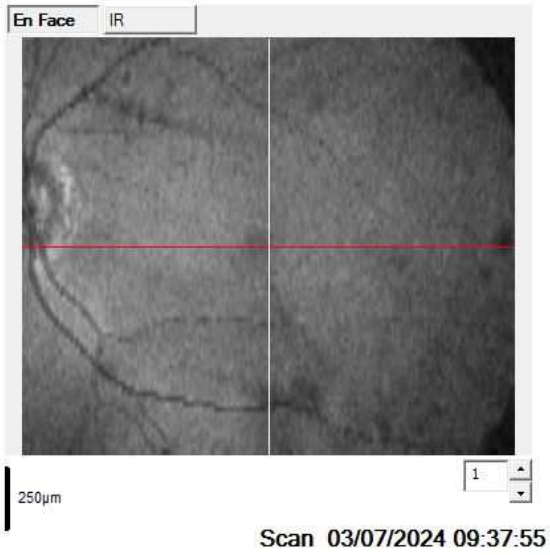
Right / OD

Scan 03/07/2024 09:36:16









Scan 03/07/2024 09:37:55

Left / OS

Report Date: miércoles 03/07/2024 09:40:03
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: MONOGA CAICEDO , GUSTAVO
Physician:
Operator:
Disease:

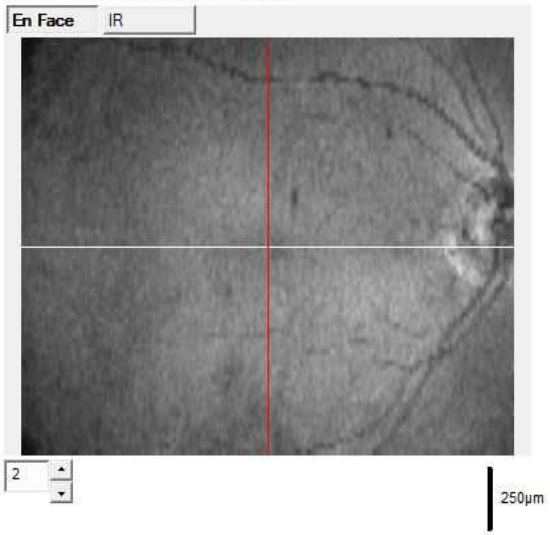
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 10528629

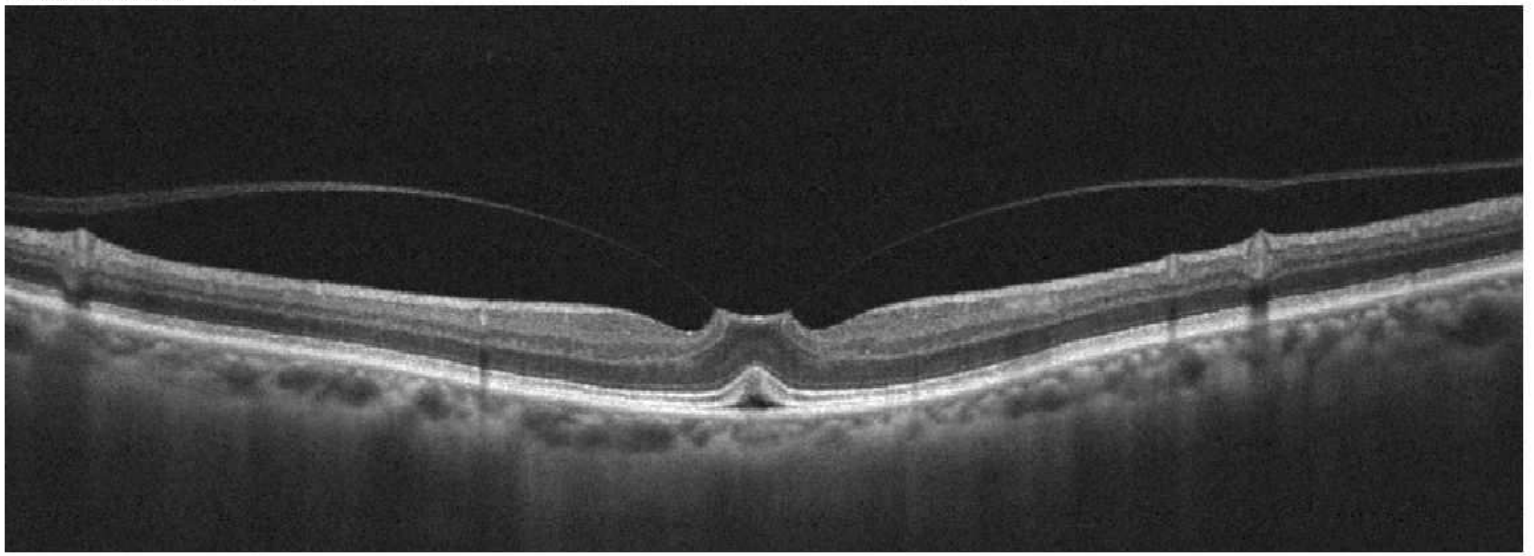
Exam Date: 03/07/2024
DOB(age): 07/11/1953 (70)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

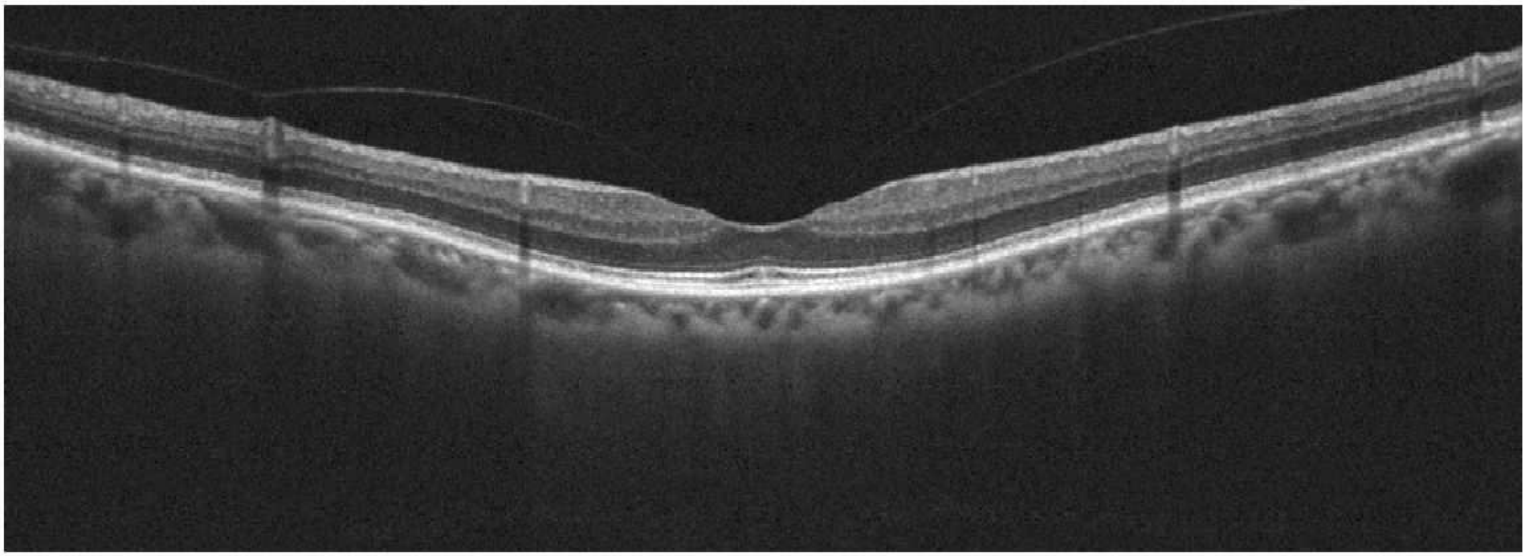
Cross Line OU Report

Right / OD

Scan 03/07/2024 09:36:16









Scan 03/07/2024 09:37:55

Left / OS

Report Date: miércoles 03/07/2024 09:40:28
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: MONOGA CAICEDO , GUSTAVO
Physician:
Operator:
Disease:

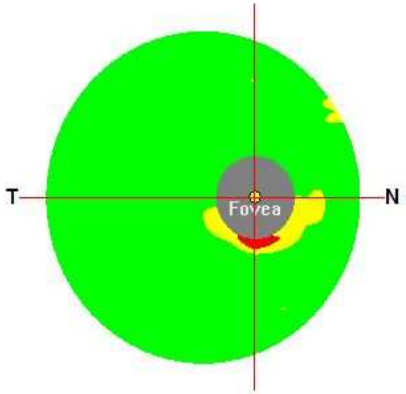
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 10528629

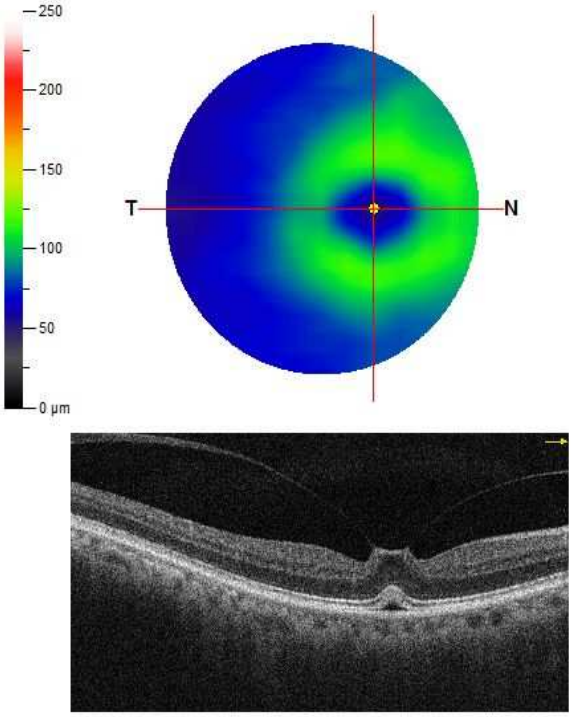
Exam Date: 03/07/2024
DOB(age): 07/11/1953 (70)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

GCC OU Report

Right / OD

Exam Date: 03/07/2024 09:36:34



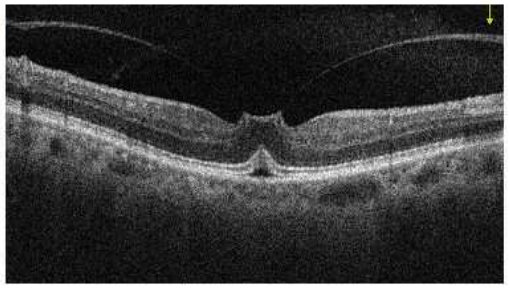


61 Signal Strength Index 67

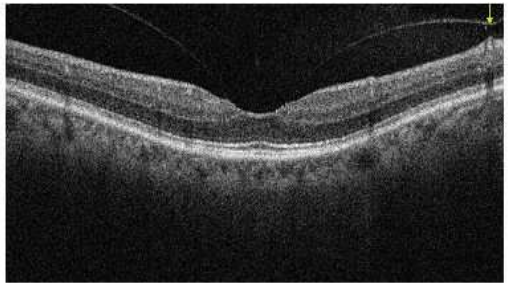
GCC Analysis	OD	OS
Average GCC (µm)	85	86
Superior GCC (µm)	85	86
Inferior GCC (µm)	85	86
FLV (%)	0.09	0.46
GLV (%)	10.08	8.78

p>5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal

OD



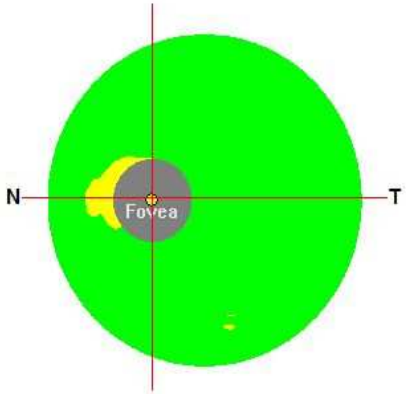
OS

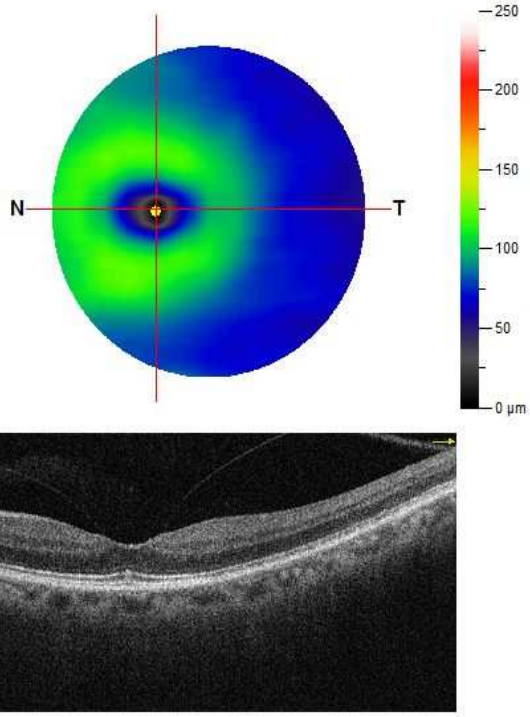


Auto Zoom

Left / OS

Exam Date: 03/07/2024 09:38:04





Report Date: miércoles 03/07/2024 09:41:30
Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: MONOGA CAICEDO , GUSTAVO
Physician:
Operator:
Disease:

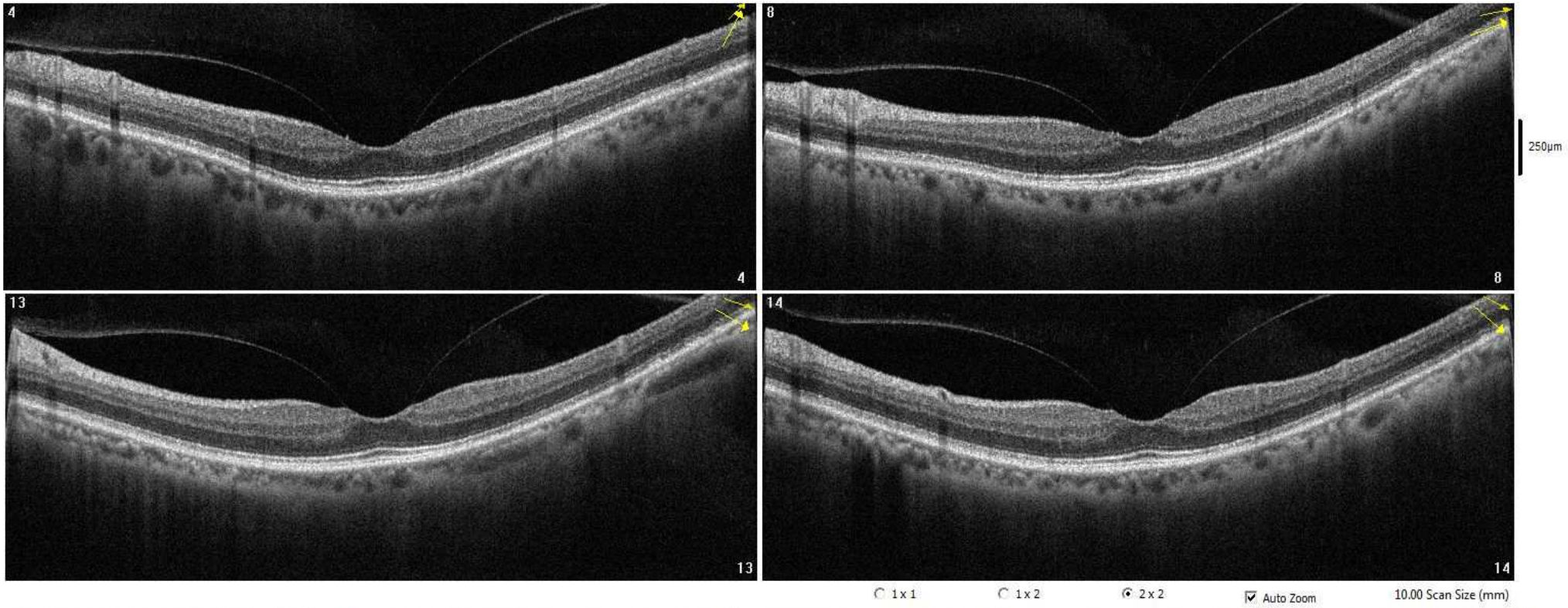
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 10528629

Exam Date: 03/07/2024
DOB(age): 07/11/1953 (70)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

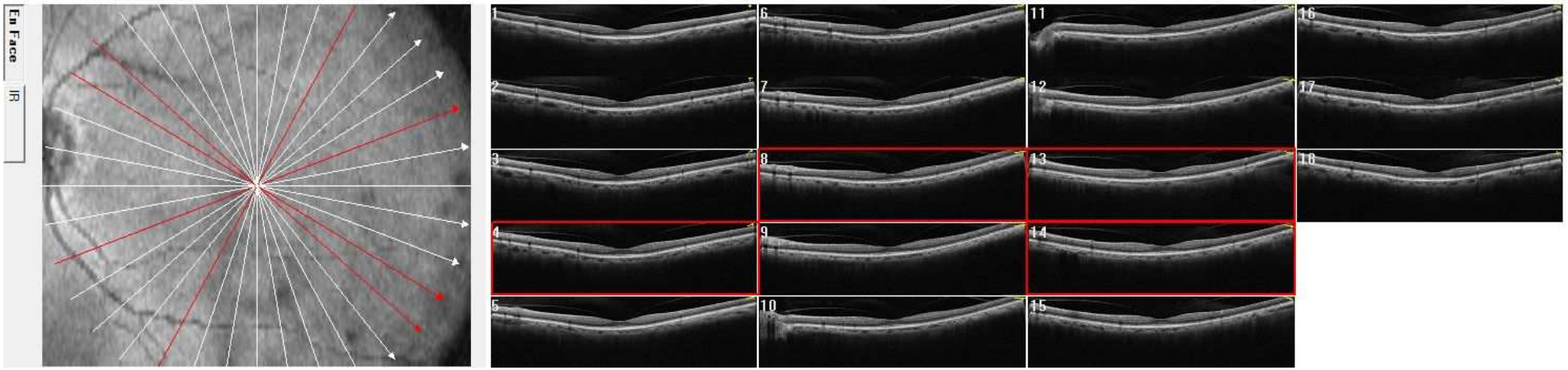
Radial Lines

Signal Strength Index 67

Left / OS



1 x 1 1 x 2 2 x 2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Report Date: miércoles 03/07/2024 09:41:58 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: MONOGA CAICEDO , GUSTAVO
Physician:
Operator:
Disease:

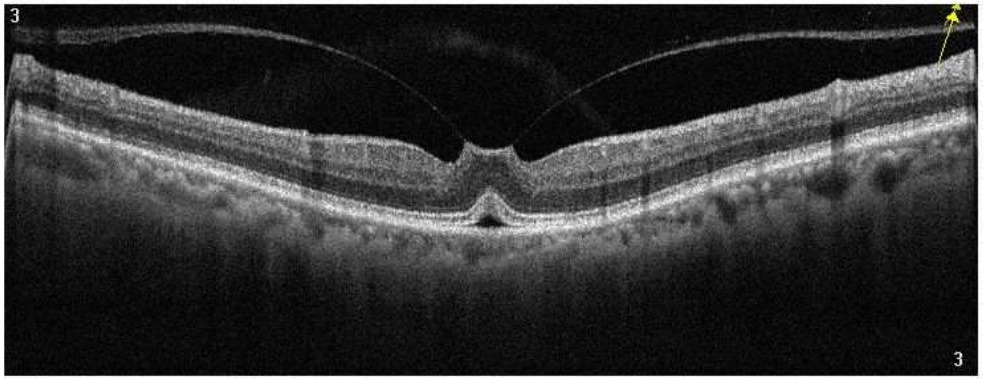
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 10528629

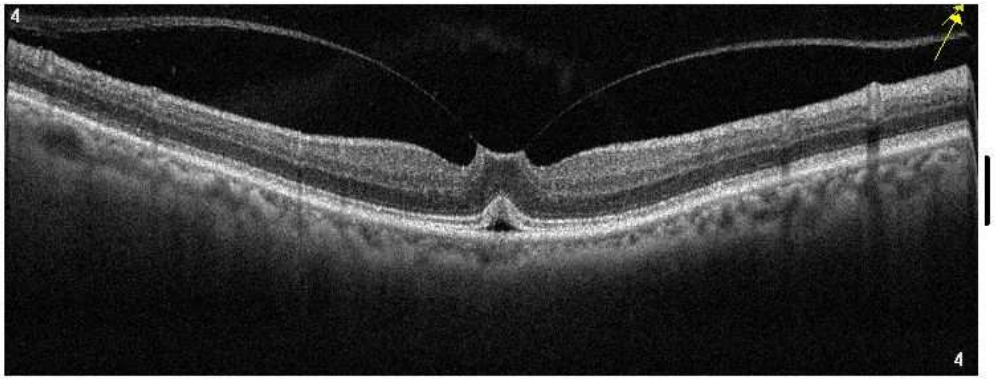
Exam Date: 03/07/2024
DOB(age): 07/11/1953 (70)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

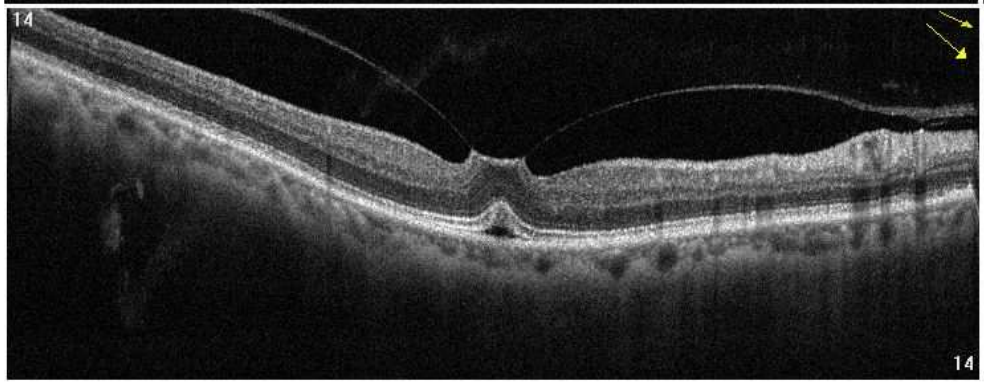
Radial Lines

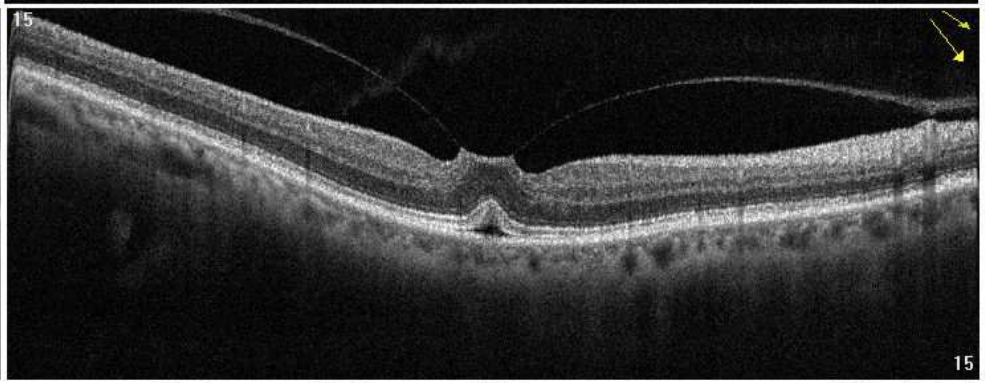
Signal Strength Index 66

Right / OD

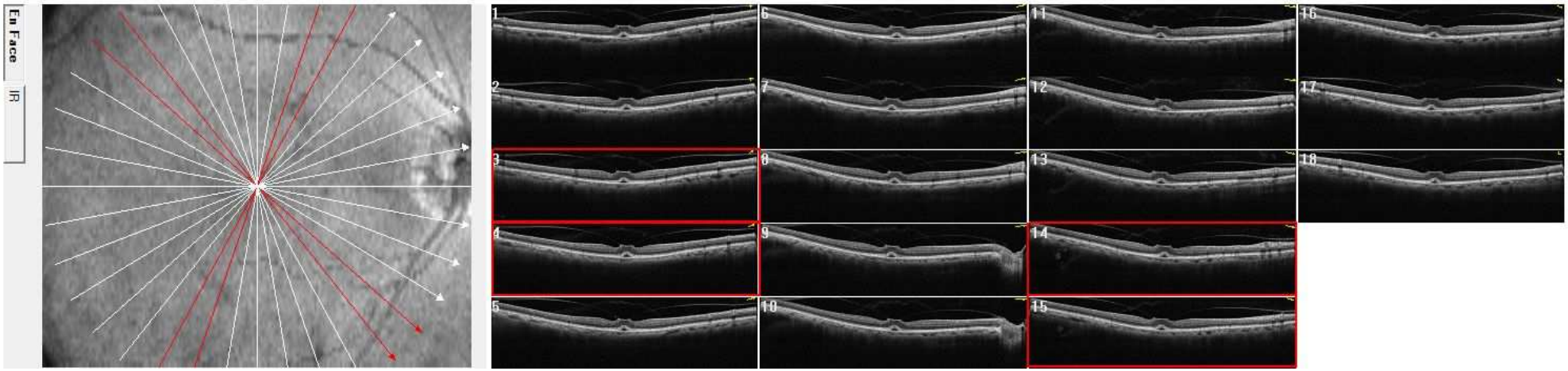








1 x 1 1 x 2 2 x 2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Report Date: miércoles 03/07/2024 09:39:46 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: MONOGA CAICEDO , GUSTAVO
Physician:
Operator:
Disease:

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 10528629

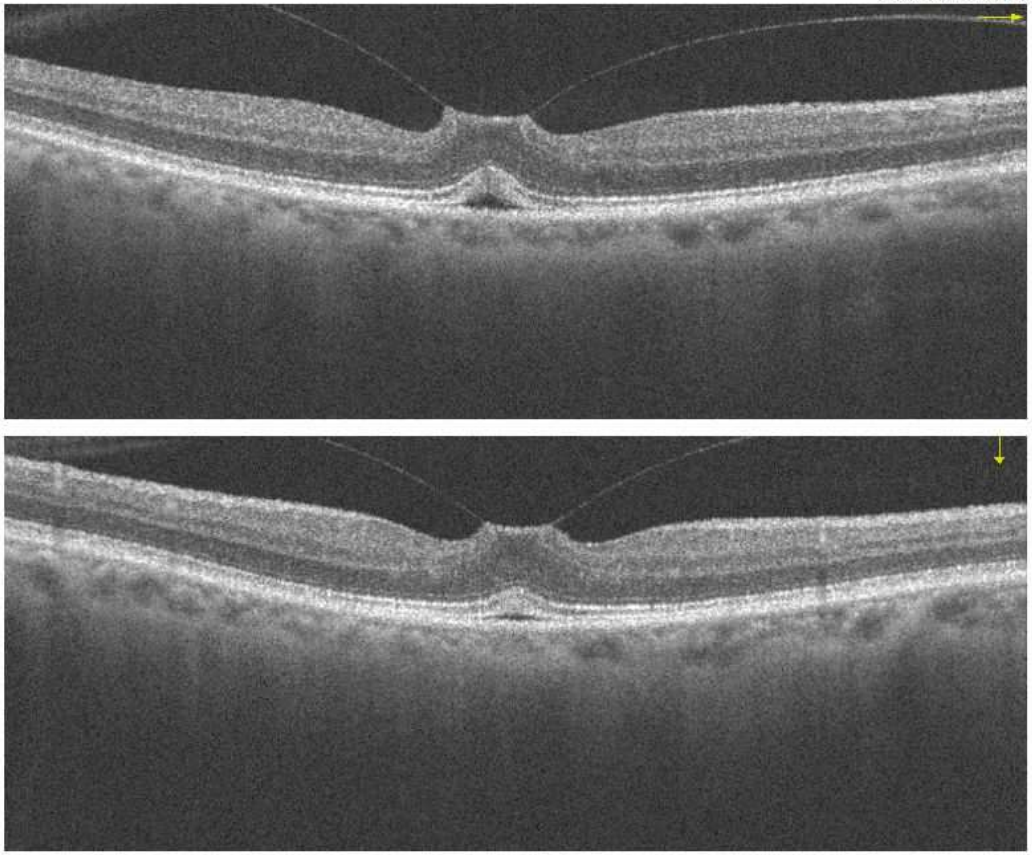
Exam Date: 03/07/2024
DOB(age): 07/11/1953 (70)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

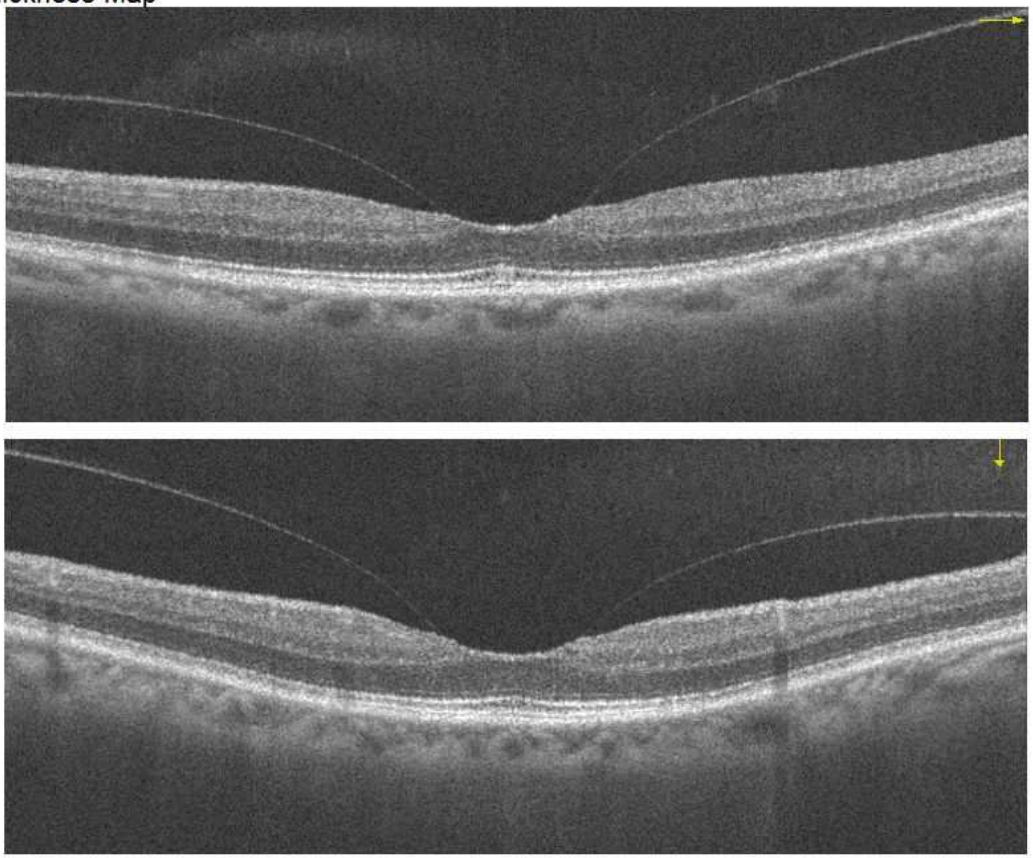
Retina Map OU Report

Right / OD

Left / OS

Full Retina Thickness Map

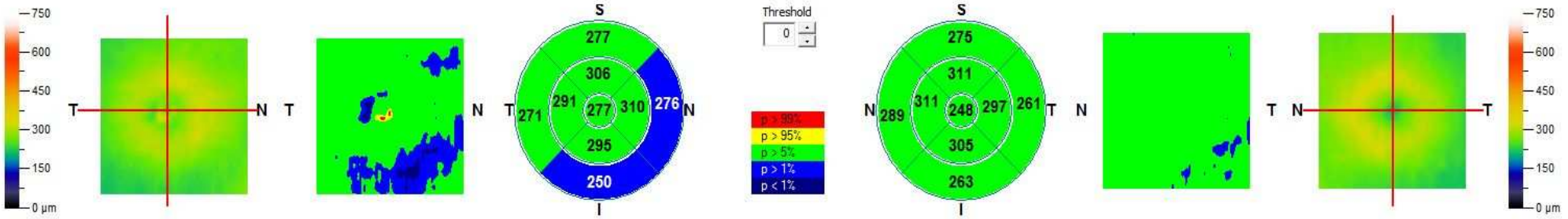




Exam Date: 03/07/2024, SSI = 69.5

Exam Date: 03/07/2024, SSI = 64.0

Auto Zoom



NDB Reference from Normal Map

NDB Reference from Normal Map

Report Date: miércoles 03/07/2024 09:39:20

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Fecha generación: 30/04/2024 07:05:14

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-04-1427436 **FECHA SOLICITUD:** 4/30/24 7:05 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: GUSTAVO MONOGA CAICEDO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: TS
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 10528629
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1427436	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DX DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALROADO POR JORGE PONGO RETINA VER SIN FRONTERAS

FECHA DE VENCIMIENTO: 30/04/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 30/04/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre GUSTAVO MONOGA CAICEDO

Documento 10528629 **Fecha** Abril 24, 2024

Entidad

S.S. / TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR - (951902) Ambos Ojos Cantidad: 2

Fundación Ver Sin Fronteras
Nit. 900.707.850-4

Observación: MACULA

Dx: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Nit 900707850 Dirección: CALLE 44 NO 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10528629

MONOGA CAICEDO
APELLIDOS

GUSTAVO
NOMBRES

FIRMA



FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: efce2429a42ab26ff4c0f6ebbdb14fe65e1b276f49f64cf10890c40c7d5307c9af20ac552745a398f90e747255497a84

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34484**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 16:08:43
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881400		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951103	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1225447 LOURIDO LOPEZ JORGE ELIECER CC:11224684		UNIDAD	2.00	0	0.00	39,000.00	78,000.00

Son: Setenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 16:08:58

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	78,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	78,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	78,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
bJHONpJvfLZFHISgRXyDaRAwBNJ0R6GO11xQrq1TRRukDG670GW2yLBdDgDAGLqZXwc5J3gdj0Fh/NKhXe1J2uMBeN8s11fnJ7S99Qxzw6xExwoPBeyC0pTpJGx
PHjIMNGkF3n02tYFkUrY5wcT4TkeZxYWInMOWipBublBuva72rkhKr3WUsbm0WzHhE+ojnR4oqSCJTiqe+hZmN1Cf/cp4O1xv72D5dn57klfgS9AAU6E3SH06jMQxVO
UH9VgFi5TW2SgTaqSuFNKYdsAthgaBWSU2Af0aGKRUtaM4aKXv/7+e4pDnvP6ysBQ7CHuyRhalr+z+ETiPckwoG85wzw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Fecha generación: 16/04/2024 10:41:41

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-04-1225447 **FECHA SOLICITUD:** 4/16/24 10:41 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE ELIECER LOURIDO LOPEZ
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SM
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 11224684
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1225447	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	951103	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PAQUIEMTRIA OD 487 Y OI 467 , GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO ASIMETRICO, MAYOR OI ACTUALMENTE SIN TTO , Y PIO OD 18 Y OI 21 ASJUTADA . AMERITA TTO CON TIMOLOL Y DORZOLAMIDA Y NUEVA PARACLINICA DF GLAUCOMA . CONTROL 4 MESES POR DISPENSARIO
FECHA DE VENCIMIENTO: 16/04/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 16/04/2025

Fecha y hora de generación: 27/02/2024 15:11:52

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-02-84966 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 2/27/24 3:10 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE ELIECER LOURIDO LOPEZ
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: KR 7 18 40 CASA 7
CORREO ELECTRÓNICO: lourido29@HOTMAIL.COM
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: SM
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 19/10/1979
NÚMERO DE DOCUMENTO: 11224684
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	Oftalmología - SSFM	2

OBSERVACIÓN
PAQUIEMTRIA OD 487 Y OI 467 , GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO ASIMETRICO, MAYOR OI ACTUALMENTE SIN TTO , Y PIO OD 18 Y OI 21 ASJUTADA . AMERITA TTO CON TIMOLOL Y DORZOLAMIDA Y NUEVA PARACLINICA DF GLAUCOMA , CONTROL 4 MESES POR DISPENSARIO

951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Oftalmología - SSFM	2

OBSERVACIÓN
PAQUIEMTRIA OD 487 Y OI 467 , GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO ASIMETRICO, MAYOR OI ACTUALMENTE SIN TTO , Y PIO OD 18 Y OI 21 ASJUTADA . AMERITA TTO CON TIMOLOL Y DORZOLAMIDA Y NUEVA PARACLINICA DF GLAUCOMA , CONTROL 4 MESES POR DISPENSARIO

951103	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Oftalmología - SSFM	2

OBSERVACIÓN
PAQUIEMTRIA OD 487 Y OI 467 , GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO ASIMETRICO, MAYOR OI ACTUALMENTE SIN TTO , Y PIO OD 18 Y OI 21 ASJUTADA . AMERITA TTO CON TIMOLOL Y DORZOLAMIDA Y NUEVA PARACLINICA DF GLAUCOMA , CONTROL 4 MESES POR DISPENSARIO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnostica	H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS
HTA : DX GLAUCOMA HACE 1 AÑO CON TRABECULOPLASTIA LASER EN JUNIO 2024 AMBOS OJOS . NO ESTA USANDO TTO . ACUDE POR CONTROL

HALLAZGO
HTA . DX GLAUCOMA HACE 1 AÑO CON TRABECULOPLASTIA LASER EN JUNIO 2024 AMBOS OJOS . NO ESTA USANDO TTO . ACUDE POR CONTROL

EXÁMENES FÍSICOS
Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oidos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICROSCOPIA AO
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS. CONJUNTIVA CLARA CÓRNEA TRANSPARENTE CAMARA ANTERIOR FORMADA IRIS SIN LESIONES PUPILA REACTIVA CENTRAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 1122468[illegible]

LOURIDO LOPEZ

JORGE ELIECER





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1979

OBANDO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

12-JUN-1998 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-5200100-70082473-M-0011224684 20000804 07354 00190A 01 085549870

Paciente
LOURIDO, JORGE

Fecha de nacimiento
19/10/1979

Sexo
Masculino

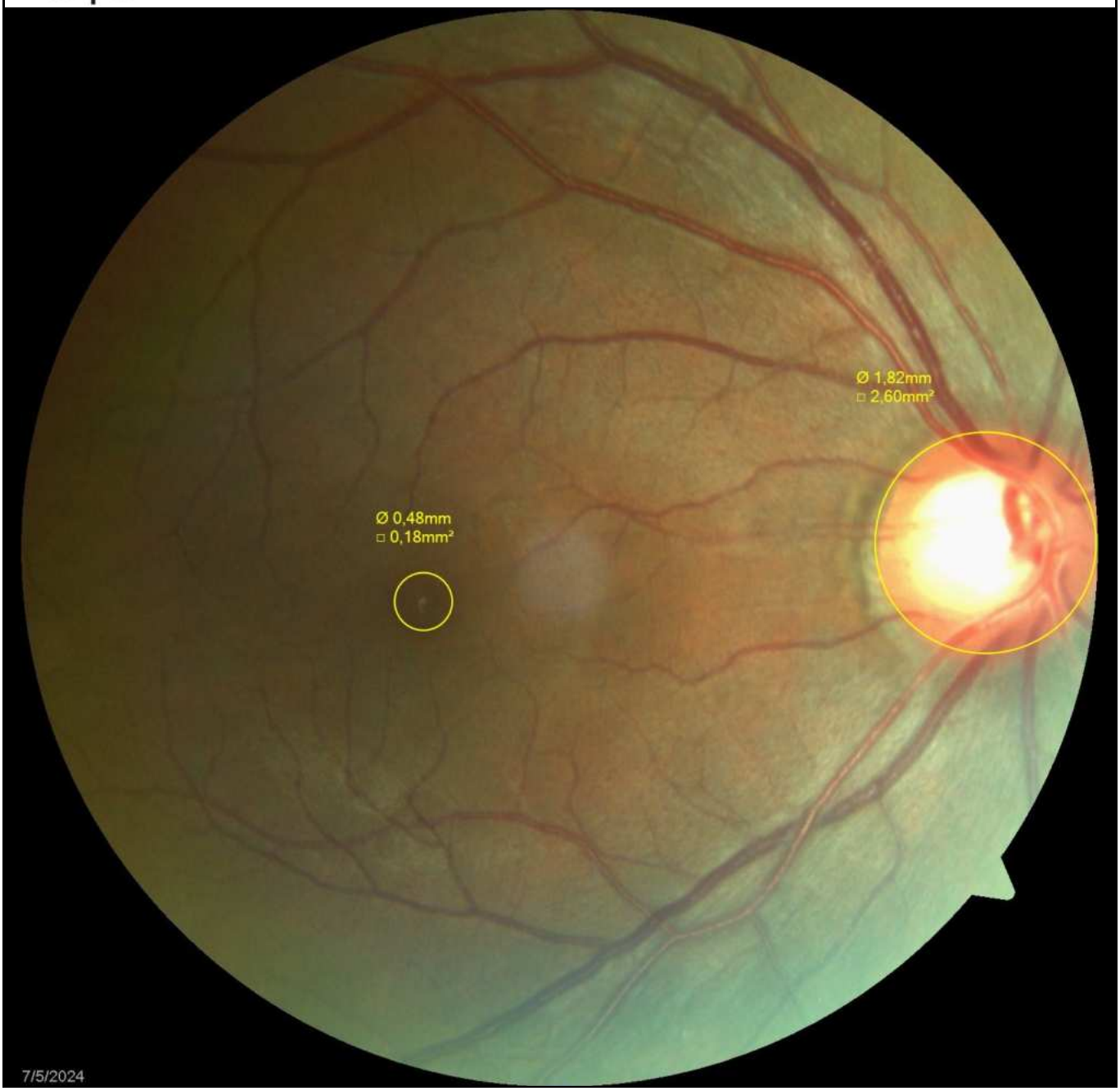
ID del paciente
11224684

Comentario

OD OS

Color

05/07/2024 16:55:57



Comentario sobre la impresión

Firma

Paciente

LOURIDO, JORGE

Fecha de nacimiento

19/10/1979

Sexo

Masculino

ID del paciente

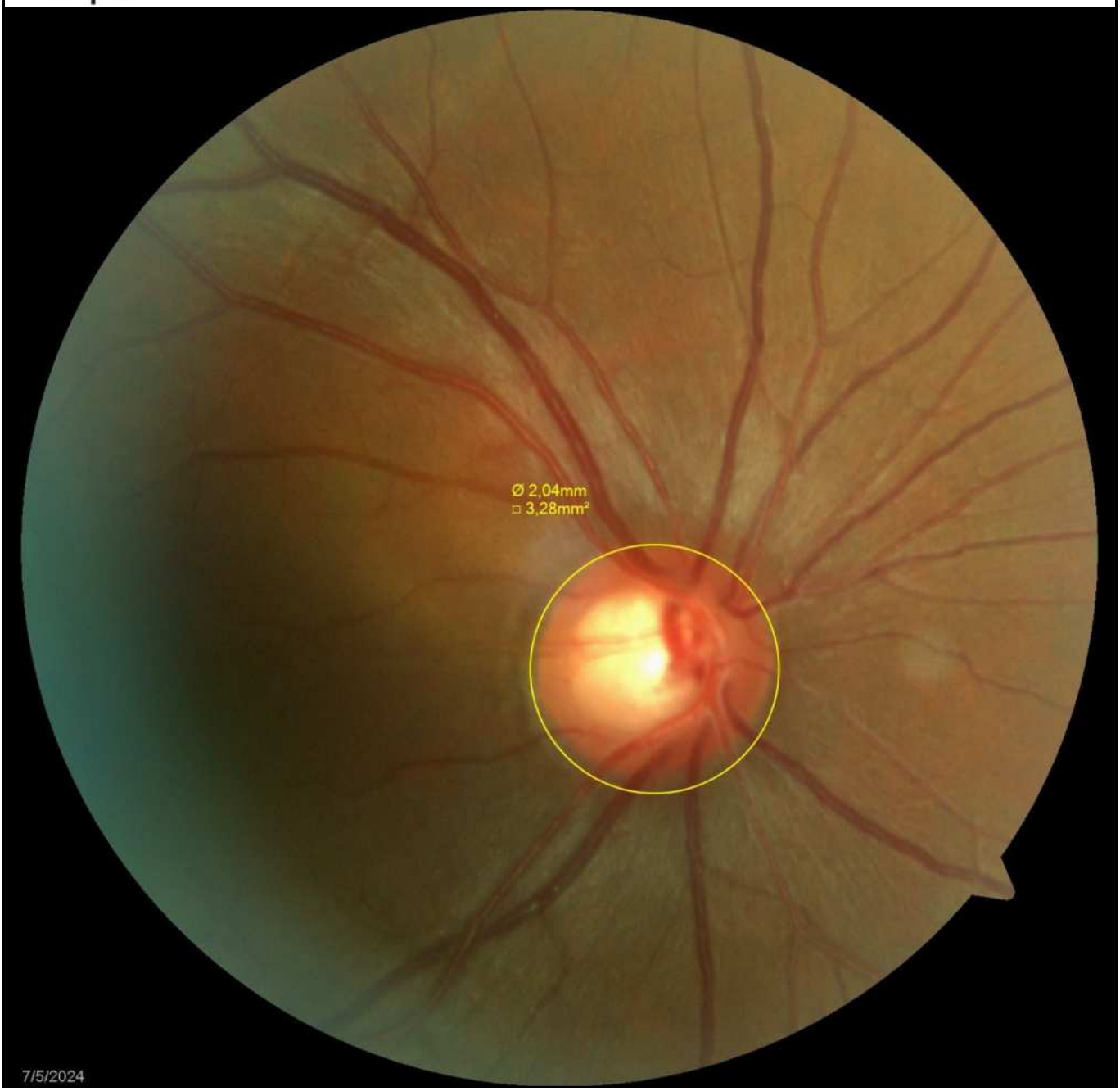
11224684

Comentario

OD OS

Color

05/07/2024 16:55:40



Comentario sobre la impresión

Firma

Paciente

LOURIDO, JORGE

Fecha de nacimiento

19/10/1979

Sexo

Masculino

ID del paciente

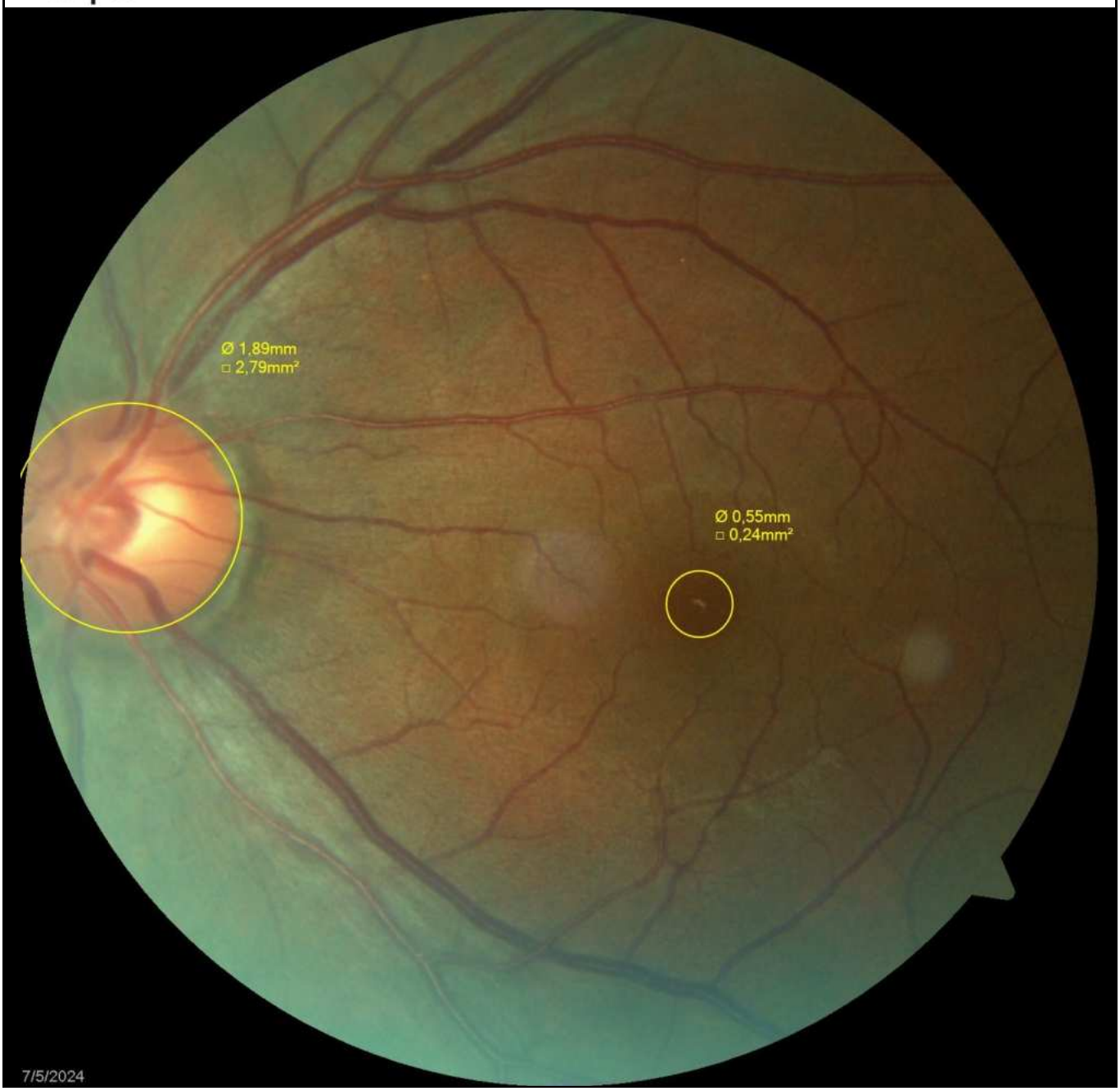
11224684

Comentario

OD OS

Color

05/07/2024 16:54:01



Comentario sobre la impresión

Firma



Recibo Nro. 881400

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 05, 2024
Fecha Facturación: Julio 05, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 05, 2024
RESP: 1Q

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 11224684 LOURIDO LOPEZ JORGE ELIECER **Aut:1225447**

Edad: 44.7 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951103 FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	2	39,000.00	78,000.00

Son: SETENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	78,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	78,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 7a28ca15db66d0a3e0c387b3c9991aa43749a0956bd1a980c88a35c0713f28fdda81852c0dbcbabf060ee6b6051a3870

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34486**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 12/08/2024 16:26:04
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 11/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882058		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1699415 CAICEDO ARANGO JESÚS HOMERO CC:5212341		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-12 16:26:19

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: l0U1+vWi1iAdu1neqvgSDoDL4H+rR79W6XF+jEOj063kFFCBIEE891WheMfvOMS9d7LHfoghOeq2Z8P6DpZRKEd7/p3fxwkyjgHd9qLIRCXYY113B02NONlvudrcqzWQ5hW8KlJ7hgm1p+3VZRtVN6ck605qduG44Pu73lWnex9Pm0RkiClUf0qNEdUQ1WgYCL6FOOllGXo0dguKlPnwU/RK8JwDgoEbygwTeMP2QKIlbFKiV/dW5QXsdDpap9rGj+KrVUnRExC++glXZGk3m58qoPgxMkXQ646uWUXmfRiNg4d196AzCaizV5nOfGClWvNEz+/RE0l4AweXGdQNsw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 20/05/2024 13:19:30

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:REF-2024-05-226763 **FECHA SOLICITUD:** 5/20/24 1:19 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JESUS HOMERO CAICEDO ANRANGO
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5212341
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACION DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H041	OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1699415	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA	890376-4	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: OJO SECO MODERADO,ADEMAS DE DERMATOCHALASIS SUPERIOR QUE NO COMPROMETE EJE VISUAL , AMERITA TRATAMIENTO CON ACIDO POLIACRILICO 0.25 % , LIMPEIZA DE PARPDOS Y PESTAÑAS Y HIALURONATO. ADEMAS DE VALORACION PARA DEFINIR SI TIENE CRITERIO QUIRURGICO POR PARTE DE OCULOLASTIA EN RED EXTERNA , CONTROL POR DISPENSARIO EN 6 MESES .
FECHA DE VENCIMIENTO: 20/05/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	ORDEN DE PROCEDIMIENTOS	
	CÓDIGO: MDM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.95.1-6 v1	
	PROCESO: Proceso de Gestión Tecnologica -PROGTEC	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2024-05-826487	FECHA DE PRESCRIPCIÓN:	07-05-2024 17:58:53	CIE 10	H041	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FÓRMULA	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC							
UNIDAD ORGANICA	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC							
ARL	No registra	EPS	No registra	CAMA	No registra	FUERZA	EJC	

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	N° HISTORIA	AFILIACIÓN
SARGENTO PRIMERO	JESUS HOMERO CAICEDO ANRANGO	59	5212341	Cotizante

CENTRO DE COSTOS	No registra

ORDEN MÉDICA

OJO SECO MODERADO,ADEMAS DE DERMATOCHALASIS SUPERIOR QUE NO COMPROMETE EJE VISUAL , AMERITA TRATAMIENTO CON ACIDO POLIACRILICO 0.25 % , LIMPEIZA DE PARPDOS Y PESTAÑAS Y HIALURONATO, ADEMAS DE VALORACION PARA DEFINIR SI TIENE CRITERIO QUIRURGICO POR PARTE DE OCULOLASTIA EN RED EXTERNA , CONTROL POR DISPENSARIO EN 6 MESES .

	PROCEDIMIENTO SOLICITADO	CÓDIGO	VALOR	CANTIDA
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	890376	No	1

OJO SECO MODERADO,ADEMAS DE DERMATOCHALASIS SUPERIOR QUE NO COMPROMETE EJE VISUAL , AMERITA TRATAMIENTO CON ACIDO

NOMBRE MÉDICO

FIRMA MÉDICO

Dr. Carlos Fernando Urrera S.
Médico Oftalmólogo
Cornea - Segmento Anterior
C.C. 1127345741

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.212.341**

CAICEDO ANRANGO

APELLIDOS

JESUS HOMERO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1965**

CUASPUD (CARLOSAMA)
CUASPUD (NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

30-AGO-1983 ALDANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1901600-00193375-M-0005212341-20091103 0017667434A 1 5020087840



Recibo Nro. 882058

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 12, 2024
Fecha Facturación: Julio 12, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 12, 2024
RESP: 1W

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5212341 CAICEDO ARANGO JESÚS HOMERO **Aut:1699415**

Edad: 59.6 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	58,000.00	58,000.00

Son: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	58,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	58,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: JESÚS HOMERO CAICEDO ARANGO
Documento: CC 5212341 Fecha de Nac: Enero 01, 1965
Entidad: Edad: 59.6 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3136190639
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 12, 2024

MOTIVO: PACIENTE DE 59 AÑOS DE EDAD, REFIERE INCONFORMIDAD CON EXCESO DE PIEL EN LOS PÁRPADOS. NIEGA CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS INYECTABLES A NIVEL DE LOS PÁRPADOS.
ANTECEDENTES: *GENERALES Y FARMACOLÓGICOS: NIEGA

*HÁBITO TABÁQUICO: NIEGA

*ALÉRGICOS: ——————NIEGA ——————————

*OCULARES: NIEGA CX, GAFAS SI

*FAMILIARES: NIEGA GLAUCOMA U OTROS.

OPTOMETRÍA: NO HAY REPORTE.

AO:
MOV OCULARES CONSERVADO
CEJA: PTOSIS (CAPUCHÓN TEMPORAL) QUE INDUCE
DERMATOCHALASIS QUE CABALGA LÍNEA DE PESTAÑAS
PÁRPADO INFERIOR: DERMATOCHALASIS + HERNIACIÓN DE PAQUETES GRASOS.
DMR1/ DMR2: 2.0 / 5.0
FUNCIÓN MÚSCULO ELEVADOR DEL PÁRPADO: 15
TEST FENILEFRINA
BUEN BELL
NO LAGOFTALMO.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
PUPILA REACTIVA
CRISTALINO CON OPACIDAD

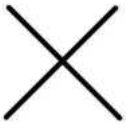
FOTO: 8:26 AM

FONDO DE OJO AO: REFLEJO ROJO PRESENTE. DISCO ROSADO EXC 0.3

IDX:
PTOSIS PALPEBRAL BILATERAL
PTOSIS CILIAR BILATERAL
DERMATOCHALASIS + HERNIACIÓN DE PAQUETES GRASOS. 4 PÁRPADOS.

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

HORA: 10:17

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
VER HC 24/05/2024
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
VER HC 24/05/2024
FONDO DE OJO: O.D.:
VER HC 24/05/2024
FONDO DE OJO: O.I.:
VER HC 24/05/2024

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) H028 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL PARPADO
PLAN:
DERMATOCHALASIS SUPERIOR BILATERAL + PTOSIS PALPEBRAL BILATERAL. PENDIENTE PRESENTAR ESTUDIO DE CAMPO VISUAL SOLICITADO EN CONTROL PREVIO.

Nombre: JESÚS HOMERO CAICEDO ARANGO
Documento: CC 5212341 Fecha de Nac: Enero 01, 1965
Entidad: Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3136190639
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 12, 2024

24/05/2024 FOTO: 8:26 AM

PLAN:

1. CITA POR OCULOPLASTICA DRA ANGELA CRUZ CON REPORTES

2. CAMPO VISUAL 60-4 DE AMBOS OJOS

3. OPTOMETRIA
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 48b7183d2eba18f885a427b9d1674c1e19e3d0b5f4c11a18b8371d65783835b7f336432169c9d3f5a2e18201e07f451f

No. FVSF 34528

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 10:23:25
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883878		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	169007	INYECCIÓN EN MÚSCULOS EXTRAOCULARES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2016689 SANTOS RANGEL MARTHA CC:41610604		UNIDAD	2.00	0	0.00	815,700.00	1,631,400.00

Son: Un Millon Seiscientos Treinta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 10:23:41

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	1,631,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	1,631,400
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	1,631,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
VQt4esjHSze8d1hjZ5o3CoEQyzf+u9EmguMVnFUYxkju/v+Y0fp7Css/id1u3lM7kOBSo+0vS2J2SoCwSXri/J19A0WYoPcWfdS493CviMcyLUlOG7+/ZLuWXge+Oo0qUy
nQMNGSEWsch4enCUBueTrrzHj0dMlZ9N9uYry9xXIiM4WeSocxGVcsNUpEtHHqOX+MJ3+KPepE5y+/KG3X9YXMfS+5U/m9touCvVdWFCROA4NB5UlGczmVuGh5B
4gd/ZXHsN7lVeKY6+OENWiyT7J45Romw9KNCnseaJiiSpslEJJddDN3S/jpv8yMfQtV/79SSxFr49KF2jstF7ujXA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

HISTORIA No: 41610604

NOMBRE: MARTHA SANTOS RANGEL

EDAD: 71.5 Años **SEXO:** F

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 30, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** ANGELA CRUZ

ANESTESIOLOGO: **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: R229 TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

APLICACION DE TOXINA BOTULINICA EN AMBOS OJOS

TIPO DE ANESTESIA LOCAL

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

1.Se realiza aplicación de toxina botulínica en músculos orbiculares, procerus y corrugador 5u por punto.
2.No complicaciones.

Dra. Angela Cruz.

ANGELA MARIA CRUZ
OFTALMOLOGA R.M. 1127339294

HISTORIA No: 41610604

NOMBRE: MARTHA SANTOS RANGEL

EDAD: 71.5 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 30, 2024 **HORA:** 08:50

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: R229 TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico: APLICACION DE TOXINA BOTULINICA EN AMBOS OJOS
Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE AL SERVICIO DE CIRUGIA PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE APLICACION DE TOXINA BOTULINICA EN AMBOS OJOS
Resumen de la Evolución: TERMINA PROCEDIMIENTO , SIN COMPLICACIONES , SE DA DE ALTA CON FÓRMULA MÉDICA , CITA DE CONTROL E INCAPACIDAD
Descripción del Evento:SATISFACTORIO
Observación:

Dra. Angela Cruz.

ANGELA MARIA CRUZ
OFTALMOLOGA 1127339294



Recibo Nro. 883878

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 30, 2024
Fecha Facturación: Julio 30, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 30, 2024
RESP: F9

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 41610604 SANTOS RANGEL MARTHA **Aut:2016689**

Edad: 71.5 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
169007 INYECCION EN MUSCULOS EXTRAOCULARES DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	2	815,700.00	1,631,400.00

Son: UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	1,631,400.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	1,631,400.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	**CODIGO:** SP-FT-26
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	**VERSION:** 01
	GASTOS DE CIRUGIA	**FECHA:** 18/07/2024

NOMBRE PACIENTE: MARTHA SANTOS RANGEL	**PROCEDIMIENTO:**
IDENTIFICACION: 41610604	**FECHA: 30-07-2024**

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	1
Aguja # 18 * 1		Guante estéril # 7	1
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	
Aguja # 23 * 1 1/2		Guante estéril # 8	
Aguja # 26 * 1		Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2		Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2		Jeringa de 1 ml	1
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	
Cánula nasal		Jeringa de 5 ml	1
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	
Cassette Faco		Jeringa de 20 ml	
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado		Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20		Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22		Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°		Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm		Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	
Cuchillete Crescent		Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos		Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos		Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo		Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	5	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	FECHA: 18/07/2024

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm		Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml		Propofol 1% *20ml	
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A		Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°		Torundas	2UN
Aflibercep (Eylia) 40m/ml		Ponti - gotas	
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	
Agua estéril 500ml	1	Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	
Azul tripán		Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)			
Captropril 25mg		TOXINA BOTUINICA	1
Clindamicina			
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml			
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml			
Diclofenaco 75 mg *3ml			
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)			
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)			
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

Nombre: MARTHA SANTOS RANGEL
Documento: CC 41610604 Fecha de Nac: Febrero 23, 1953
Entidad: Edad: 71.5 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3165114281
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Junio 07, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: PACIENTE DE 71 AÑOS DE EDAD, CON BLEFAROESPASMO ESENCIAL BENIGNO, REFIERE REAPARICION DE LOS SINTOMAS. ACUDE PARA PROGRAMAR NUEVA APLICACION.

TTO OCULARES: SYSTANE.
ANTECEDENTES: * TELEFONO: 3165114281

*EPS: FFMM

*DOMICILIO: FLORIDABLANCA

*GENRALES Y FARMACOLOGICOS:
ARTROSIS : CALCIO + VIT D

*ALERGICOS: NIEGA

*OCULARES:
BLEFAROESPASMO ESENCIAL BENIGNO DE AMBOS OJOS. INICIO TTO CON TOXINA BOTULINICA 2012. ULTIMA 8/11/2023
GAFAS NIEGA

*FAMILIARES. NIEGA GLAUCOMA U OTROS.

*OPTOMETRIA: SI, NO TRAE REPORTE.

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

HORA: 10:11

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
MOE CONSERVADO
CEJA OK
PARPADOS NORMOPOSICIONADOS SIN ESPASMOS
NO LAGOFTALMO
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
CRISTALINO CON OPACIDAD C2N2SC4 CENTRAL.
BUT ALTERADO.
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
MOE CONSERVADO
CEJA OK
PARPADOS NORMOPOSICIONADOS SIN ESPASMOS
NOLAGOFTALMO
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
CRISTALINO CON OPACIDAD C2N2
FONDO DE OJO: O.D.:
DISCO ROSADO CON BORDES BIEN DEFINIDOS
EXCAVACIÓN DE 0.45
EMERGENCIA DE LOS VASOS CENTRAL
MÁCULA APARENTEMENTE SIN LESIONES
RETINA APLICADA

FONDO DE OJO: O.I.:
DISCO ROSADO CON BORDES BIEN DEFINIDOS

Nombre: MARTHA SANTOS RANGEL
Documento: CC 41610604 Fecha de Nac: Febrero 23, 1953
Entidad: Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3165114281
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Junio 07, 2024

EXCAVACIÓN DE 0.45
EMERGENCIA DE LOS VASOS CENTRAL
MÁCULA APARENTEMENTE SIN LESIONES
RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) G245 BLEFAROSPASMO
Diagnóstico Rel 1: (O.I.) H359 TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Rel 2: (A.O.) R229 TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN PARTE NO ESPECIFICADA
PLAN:
1. BLEFAROESPASMO ESENCIAL BENIGNO. REMITO A PROCEDIMIENTO.

2. SX OJO SECO LEVE. INDICO TTO + RECOMENDACIONES.

3. LESION SOPECHOSA EN DORSO NASAL IZQ. REMITO A DERMATOLOGIA

4. LESION TIPO DEGENERACION RETINIANA PERIFERICA INFERIOR OJO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE ALARMA. REMITO A CONCEPTO DE SUBESPECIALIDAD.

PLAN:

1. EN PROXIMA CITA TRAER REPORTE DE OPTOMETRIA

2. TOXINA BOTULINICA TIPO A, 1 FRASCO / AMPOLLA 100UI, PARA APLICAR EN REGIÓN PERIOCULAR BILATERAL

3. ÓRDEN DE APLICACIÓN DE SUSTANCIA MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA TIPO A) EN REGIÓN PERIOCULAR AMBOS OJOS (1 MES/ 1 FRASCO AMPOLLA)

4. POLIETILENGLICOL 4 MG/ML + PROPILENGILICOL 3 MG/ML (COLIRIO) APLICAR 1 GOTA CADA 8 HORAS EN AMBOS OJOS. 6 FRASCOS/06 MESES-

5. CITA POR DERMATOLOGIA.

6. CITA POR RETINA.
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

Dra. Angela Cruz.

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

HISTORIA No: 41610604

NOMBRE: MARTHA SANTOS RANGEL

EDAD: 71.5 Años **FECHA:** Julio 30, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

30/07/2024 09:06:47 INGRESA PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS DE EDAD AL TRANSFER DE CIRUGÍA EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR , PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE APLICACION DE TOXINA BOTULINICA EN AO, DANDO CUMPLIMIENTO AL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE SE REALIZA EL RETIRO DE PRENDAS Y LA POSTURA DE ROPA QUIRÚRGICA, LUEGO SE PROCEDE REVISAR HISTORIA CLÍNICA Y MARCACIÓN DEL SITIO OPERATORIO, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LA TOMA DE SIGNOS VITALES EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE CON : TA: 130/77mmHg, FC:75LPM, FR: 20x', SPO2: 99%, T°: 36.5°C, HACIENDO CUMPLIMINETO DEL PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA INSTITUCIÓN, SE DA INICIO A LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS DE ALCAINE+OXIMISYN + QUIMOX + DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAÍNA GEL, SE PIDE AL FAMILIAR UBICARSE EN SALA DE ESPERA. FIRMA: YINETH RIVERA
SE TRASLADA EL PACIENTE AL ÁREA PREQUIRÚRGICA Y SE CONTINÚA CON LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS, SE PIDE AL USUARIO LAVAR LA CARA Y LAS MANOS CON CLORHEXIDINA AL 0.12% Y SE APLICA GOTA DE Q-SEPTIL PARA DAR INGRESO AL ÁREA QUIRÚRGICA. FIRMA YINETH RIVERA
SE DA INGRESO AL PACIENTE AL QUIRÓFANO, SE UBICA SOBRE LA MESA QUIRÚRGICA Y SE INICIA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES TA: 130/80 mmHg, FC:98 LPM, FR: 20x', SPO2: 97%, T°: 36.5°C, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LAVADO QUIRÚRGICO EN AMBOS OJOS EN LA ZONA PERIOCULAR, CON ISODINE ESPUMA, AGUA ESTERIL Y GASAS, LUEGO SE IMPREGNA EL ÁREA CON ISODINE SOLUCIÓN Y SE APLICA UNA GOTA DE Q-SEPTIL, QUEDA EL PACIENTE EN COMPAÑÍA DEL CIRCULANTE DE SALA KAREN ANTOLINEZ. FIRMA: YINETH RIVERA
INICIA CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE APLICACION DE TOXINA BOLTULINICA EN AO Y SE ENCUENTRA TUMOR RESUELTO, POR LO CUAL EL MEDICO ENVIA FORMULA MEDICA Y CITA DE CONTROL, NO SE REALIZA INTERVENCION QUIRURGICA,A CARGO DE ANGELA CRUZ, INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ, CIRCULANTE KAREN ANTOLINEZ. FIRM: YINETH RIVERA

TERMINA CIRUGÍA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTA DE CIPROFLOXACINO, SE OCLUYE OJO CON GASAS ESTÉRILES Y MICROPORE,SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE TRANSFER SE LLAMA AL ACOMPAÑANTE PARA DAR INDICACIONES POST-OPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, FÓRMULA MÉDICA, SE RETIRA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y SE DA SALIDA. FIRMA:YINETH RIVERA
Digita: MARIA YINETH RIVERA

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-06-1084808 **FECHA SOLICITUD:** 6/12/24 8:21 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARTHA SANTOS RANGEL
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 41610604
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H359	TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2016689	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	861411	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
A CARGO DE CONTRATO 394-DIGSA/DMBUG-2023VF

DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE CON DX TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO

DRA ANGELA MARIA CRUZ RM 1127339294 OFTALMOLOGA IPS VER SIN FRONTERAS // ATENCIÓN 07/06/2024

CONTROL CON RESULTADOS

INYECCIÓN EN MÚSCULOS EXTRAOCULARES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA SE HOMOLOGA AL CUPS 861411 INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA) ***** AMBOS OJOS
FECHA DE VENCIMIENTO: 12/06/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
MARTHA SANTOS RANGEL

Documento 41610604 **Fecha** Junio 07, 2024

S.S. / INYECCION EN MUSCULOS EXTRAOCULARES DE SUSTANCIA TERAPEUTICA - (169007) Ambos Ojos Cantidad: 2

Dra. Angela Cruz.

Observación: ÓRDEN DE APLICACIÓN DE SUSTANCIA MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA

Dx: G245 BLEFAROSPASMO

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: cc70bd39f073a4cba943c77258066e29079fe95e077d2e39620f5f54a5f8b76d896603596764cd7bec1879921c675fd3

No. FVSF 34555

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 14:53:20
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883089		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951501	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1959625 LOPEZ PINTO ANDRES FELIPE TI:1100959683		UNIDAD	2.00	0	0.00	100,800.00	201,600.00

Son: Doscientos Un Mil Seiscientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 14:53:38

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	201,600	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	201,600
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	201,600

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: VmZ6EFaHyzv5dnEL3qDi7Ldis3DBcz6CkgpMqNwwMr2rW82hIISEMDL14Gz+TaF96BOtzFSBnx4ikBHU0ina1/+7Ld5ozlinkqLfgdud8e9an24/CD9FPe8G3fjpfDMY2Om
tO/6lH82liP+RKCtnyv9rlDgkv9K5yX+FrTT0WF8GcZ3GGP/qNBQwsqcNfleNHJ2u3JmYjBiiOQbJmFuFf6ZPEAfUouj4tPbGMEYdOC9w9WkFRfZsr4V2nMuEoDvruVOA
FT9R1gLK8nkzeVkCcZI1JHBlib7xwZMMO1eHNJKymP4dpt7lfa0asRJyP8RGeRLVps95POjlpT+8feBBLQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Fecha generación: 06/06/2024 15:31:48

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:REF-2024-06-283167 **FECHA SOLICITUD:** 6/6/24 3:27 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANDRES FELIPE LOPEZ PINTO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 1100959683
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H522	ASTIGMATISMO	Impresión Diagnóstica
H530	AMBLIOPIA EX ANOPSIA	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 N° 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1959625	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	951501	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: FORMULA FINAL OD: +0.50-3.00*0 AVL:20/30- OI: +0.25-1.50*0 AVL:20/20 AVP:0.5M
ASTIGMATISMO AO MAS ELEVADO OD Y AMBLIOPIA EN OJO DERECHO , AMERITA TOPOGRAFIA CORNEAL Y CONTROL 3 MESES
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

Fecha y hora de generación: 04/06/2024 15:35:43

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-06-283167 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 6/4/24 3:35 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANDRES FELIPE LOPEZ PINTO
TIPO DE DOCUMENTO: TI
DIRECCIÓN: KR 5 3 52
CORREO ELECTRÓNICO: Estelapinto198@gmail.com
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: SLP
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Consulta externa

FECHA DE NACIMIENTO: 05/10/2009
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1100959683
CELULAR O TELÉFONO: 31565920
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Fernando Rivera S.
Medico Oftalmólogo
Cornea - Segmento Anterior
C. C. 1127345741

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
951501	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	Oftalmologia (CE) - SSFM	2

OBSERVACIÓN

FORMULA FINAL OD: +0.50-3.00*0 AVL:20/30- OI: +0.25-1.50*0 AVL:20/20 AVP:0.5M
ASTIGMATISMO AO MAS ELEVADO OD Y AMBLIOPIA EN OJO DERECHO , AMERITA TOPOGRAFIA CORNEAL Y CONTROL 3 MESES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H522	ASTIGMATISMO
Relacionado	H530	AMBLIOPIA EX ANOPSIA

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

ANAMNESIS

ACUCE POR VER BORROSO OD
FORMULA FINAL OD: +0.50-3.00*0 AVL:20/30- OI: +0.25-1.50*0 AVL:20/20 AVP:0.5M

HALLAZGO

PACIENTE ONCOLOGICO POR TU MAXILAR , EN REMISION USA GAFAS DESDE HACE 5 AÑOS , NO CX DE OJOS . ACUCE POR VER BORROSO OD
FORMULA FINAL OD: +0.50-3.00*0 AVL:20/30- OI: +0.25-1.50*0 AVL:20/20 AVP:0.5M

EXAMENES FISICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oidos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:FORMULA FINAL OD: +0.50-3.00*0 AVL:20/30- OI: +0.25-1.50*0 AVL:20/20 AVP:0.5M
BIOMICROSCOPIA AO
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS. CONJUNTIVA CLARA CÓRNEA TRANSPARENTE CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII IRIS SIN LESIONES PUPILA REACTIVA CENTRAL CRISTALINO CLARO PIO 11 MMHG AO
FONDO DE OJO AO EXCAVACION 0.3 ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA, VITREO CLARO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

FORMULA FINAL OD: +0.50-3.00*0 AVL:20/30- OI: +0.25-1.50*0 AVL:20/20 AVP:0.5M
ASTIGMATISMO AO MAS ELEVADO OD Y AMBLIOPIA EN OJO DERECHO , AMERITA TOPOGRAFIA CORNEAL Y CONTROL 3 MESES

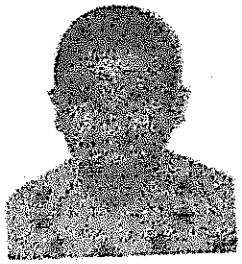
DIAGNOSTICOS

No Registra

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.100.959.683**
LOPEZ PINTO
APELLIDOS
ANDRES FELIPE
NOMBRES

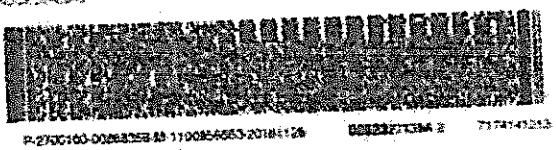
Andres Felipe
FIRMA





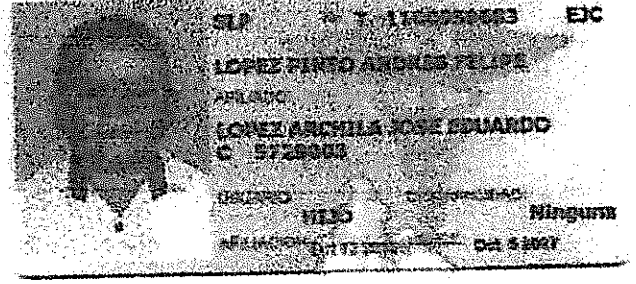
FECHA DE NACIMIENTO **05-OCT-2009**
SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
05-OCT-2027 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
12-OCT-2018 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

NUIP



REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

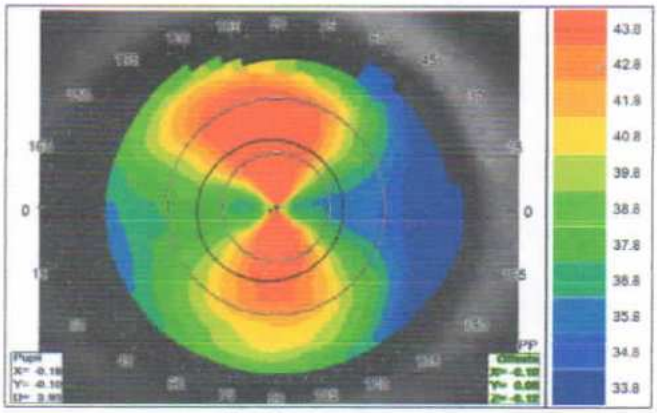
CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



LOPEZ,ANDRES FELIPE	ID#: 1100959683	Sex: M	OD
FUNDACION VER SINFRONTERAS	DOB: 05/10/2009		

Date: 23/07/2024 10:23:32 a.m. Exam 1

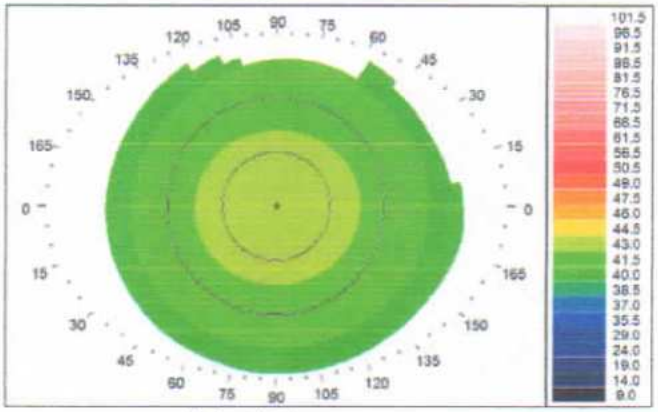
Kx: 44.39 @ 96°	Ki: 40.45 @ 6°	MinK: 40.44 @ 4°	AveK: 42.42	Cyl: 3.94
SRI: 0.48	Es: 0.77 / Em: 0.58	PVA: 20/20-20/25	SAI: 0.31	



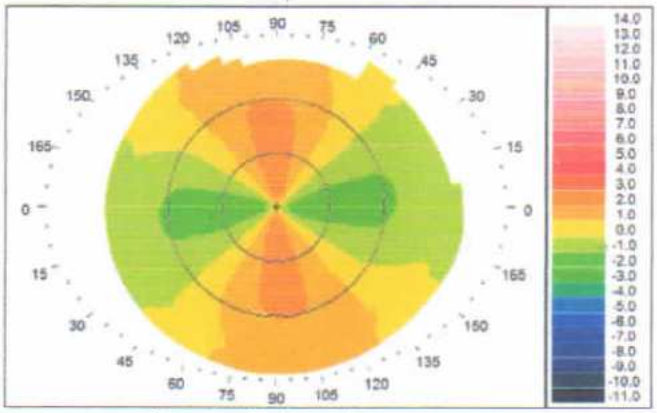
Original

Fourier Index (Standard)

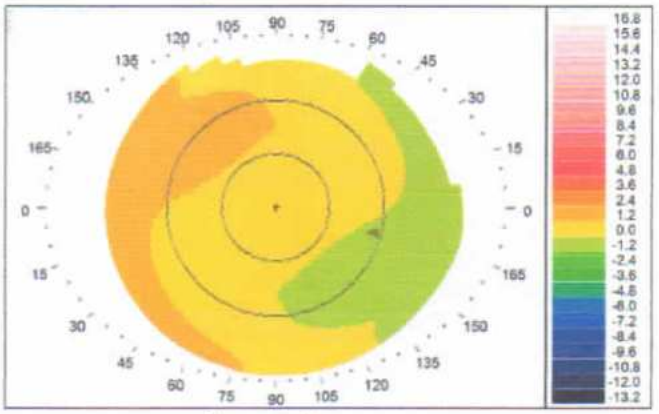
	3mm	6mm	
Spherical :	42.53	42.20	[D]
Reg.Astig. :	1.90	1.75	[D]
axis :	92.46	93.87	[°]
Asymmetry :	0.27	0.55	[D]
axis :	116.08	129.01	[°]
Higher order :	0.09	0.10	[D]



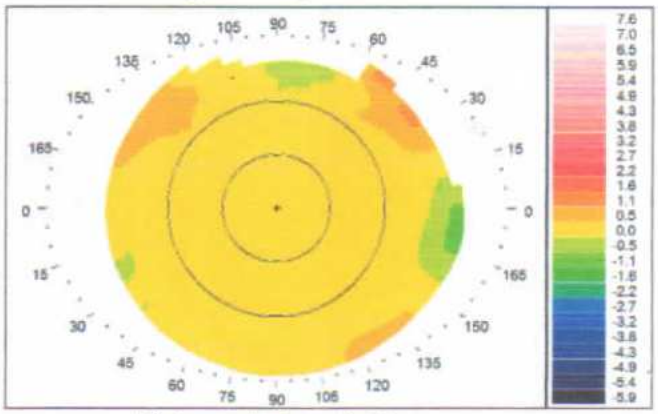
Spherical equ.



Regular Astigmatism



Asymmetry



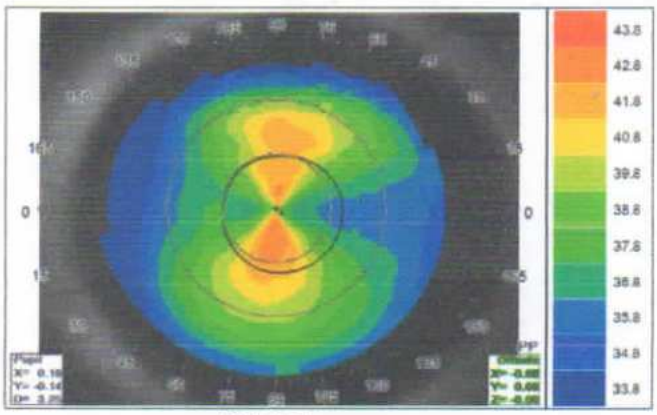
Higher order irregularity

TOMEY
Version 4.3F0

LOPEZ,ANDRES FELIPE	ID#: 1100959683	Sex: M	OS
FUNDACION VER SINFRONTERAS	DOB: 05/10/2009		

Date: 23/07/2024 10:25:26 a.m. Exam 2

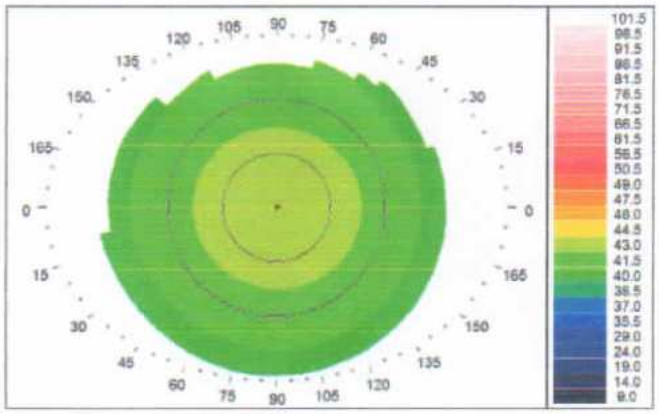
Ks: 43.63 @ 79°	Kf: 41.34 @ 169°	MinK: 41.32 @ 0°	AvgK: 42.49	Cyl: 2.29
SRI: 0.34	Esr: 0.79 / Err: 0.55	PVA: 20/20-20/25	SAI: 0.21	



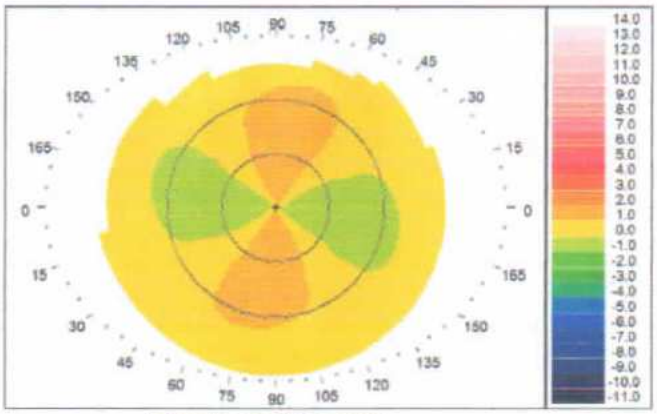
Fourier Index (Standard)

	3mm	6mm	
Spherical :	42.53	42.20	[D]
Reg.Astig. :	1.13	0.96	[D]
axis :	86.52	82.27	[°]
Asymmetry :	0.16	0.13	[D]
axis :	205.48	182.70	[°]
Higher order :	0.09	0.12	[D]

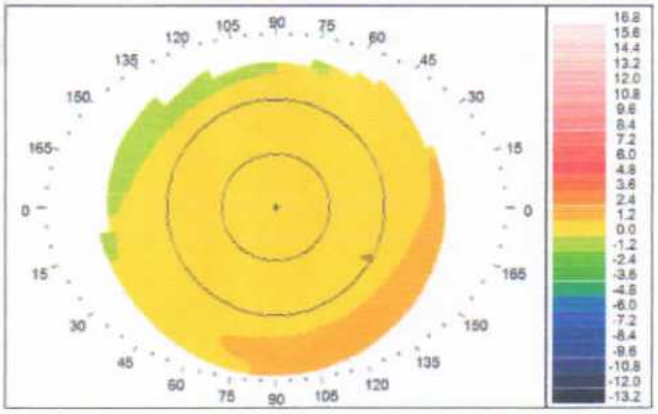
Original



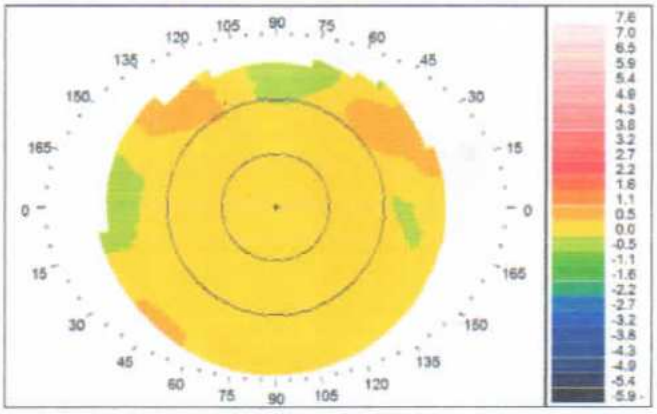
Spherical equ.



Regular Astigmatism



Asymmetry



Higher order irregularity

TOMEY
Version 4.3F0



Recibo Nro. 883089

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 23, 2024
Fecha Facturación: Julio 23, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 23, 2024
RESP: K8

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 1100959683 LOPEZ PINTO ANDRES FELIPE **Aut:1959625**

Edad: 14.8 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951501 TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	2	103,500.00	207,000.00

Son: DOSCIENTOS SIETE MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	207,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	207,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 1a3efbaf14800fd3e94609f93e9d132c6afa912ec355042fc55535da42c7963d075490512201f27d89f74f200fd4d1c1

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34563**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 15:23:46
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881969		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (GLAUCOMA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 308608 LIZARAZO HURTADO NAYIBE CC:63487126		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 15:24:00

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
Drf1EvZPfa5RxvZ005e6ESeqGeLPvsgJ3wVx/ULStuu5P96oTIm7YGift+1FaNQBPMdTdxDuknIIu9ebSvmH0+UwkMAJQHjPK2XSPAPFQXQQdbC4rjj7Lc8yASWrFB3P
NosgIN7JMooKfHfKrX6+ItpQqCVrkVAznjx6k2t60On/l3Sb1vkr8nroFBzKB7UHCxxj/WopZcSqh0DGo4wO7aUiyADjs7gOlwK6mru8wWfM/pYwg0+6JJf4P+G1mV+/BrW5
1JQ0s8+wATG1u5V+oV508fjFz4k3c9E+OonP8ucUd2g+ltBJOaGwJHMwv/EuXmhg07RZrt6ZjcaoXaSAow==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 08/02/2024 14:33:49

Cont 881469

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2023-09-1722056 **FECHA SOLICITUD:** 2/8/24 2:33 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: NAYIBE LIZARAZO HURTADO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 63487126
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-02-308608	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN GLAUCOMA	890376-7	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: paciente con dx GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2024

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre NAYIBE LIZARAZO HURTADO

Documento 63487126 **Fecha** Octubre 11, 2023

Entidad

S.S. / CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS - (890202) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dx: H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

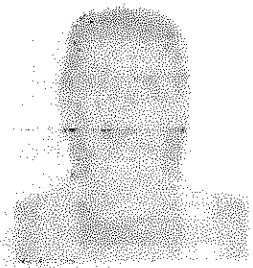
DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE
R.M. 1232391411
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63.487.126
LIZARAZO HURTADO

NAYIBE





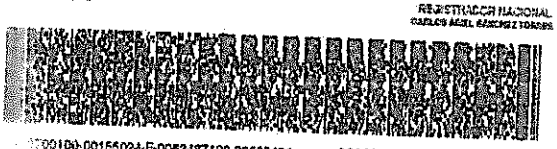
FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1973
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

27-AGO-1991 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



0100100-00155024-F-0063487126-20090424 0011009703A 1 6850029622

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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SOLDADO RETIRADO **EJC**

BENEFICIARIO
LIZARAZO HURTADO NAYIBE
CC 63487126
Conyuge

AFILIADO
ROMERO MEJIA OMAR
CC 91264715

DISCAPACIDAD NINGUNA
G.S RH A+

A1 [illegible]83410

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

[illegible]amente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según [illegible]e la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas [illegible]ntes.

[illegible]mento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos [illegible] donde se evidencia que el Afiliado se encuentre ACTIVO, En [illegible] pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar [illegible]no de 48 horas.

[illegible]mé es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Extt. 1301** [illegible]d de Bogotá DC.

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

Nombre: NAYIBE LIZARAZO HURTADO
Documento: CC 63487126 Fecha de Nac: Marzo 14, 1973
Entidad: Edad: 51.4 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3168681765
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 11, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: CONSULTA CONTROL, PACIENTE CON ANTECEDENTES DE GLAUCOMA Y DEGENERACION MACULAR RETINIANA
ANTECEDENTES: PSEUDOFAQUIA DE AMBOS OJOS (OD 2016 - OS 2019)
VITRECTOMIA POSTERIOR + FACO +LIO OD
NIEGA ANTECENDETES DE HTA O DM
COLON IRRITABLE

REFIERE SOMNOLENCIA CON EL USO DE BRIMONIDINA

OPTOMETRIA 2/10/24
OD -0.75 *95 20/25
OI -0.75 -1.00 *120 2025

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: 14 **OI:** 14

HORA: 12:21

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo:





BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
BLEFAROPTOSIS LEVE.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA CLARA
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO III
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISOCÓRICA
NORMORREACTIVA A LA LUZ
LIO EN SACO
BUT < 15 SEG.
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA CLARA
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO III
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISOCÓRICA
NORMORREACTIVA A LA LUZ
LIO EN SACO
FONDO DE OJO: O.D.:

FONDO DE OJO: O.I.:

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
Diagnóstico Rel 1: ( ) H350 RETINOPATIAS DEL FONDO Y CAMBIOS VASCULARES RETINIANOS
Diagnóstico Rel 2: ( ) H048 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO LAGRIMAL
PLAN:
PACIENTE ANTECEDENTES DE GLAUCOMA EN AMBOS OJOS , COPN VALORES DE PIO META CON TRATAMIENTO. SE APRECIA ADELGAZAMIENTO DE VOLUMEN MACULAR, CON MEMBRAN EPIMACULAR GRADO I

- CARBOMERO 974p 2.5mg/g (GOTAS DE GEL/FRASCO 10g): APLICAR UNA GOTA DE GEL EN AMBOS OJOS CADA 08 HORAS. 6FRASCOS/06 MESES (SICCAFLUID)

- HIALURONATO DE SODIO 4% (COLIRIO-LIBRE DE PRESERVANTES): APLICAR UNA GOTA CADA 04 HORAS EN AMBOS OJOS. (CAJA 20 VIALES/#2 CAJAS AL MES - LAGRICEL). 6 MESES

- DORZOLAMIDA + TIMOLOL (COLIRIO): APLICAR UNA GOTA CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS (PERMANENTE) 6 FRASCOS/ 06 MESES

- MACUCAPS: TOMAR UNA TABLETA DIARIA CON EL DESAYUNO VIA ORAL POR 6 MESES / 6 FRASCOS

- BLEPHAGEL: REALIZAR LIMPIEZA DE PARPADOS 1 - 2 VECES AL DIA POR 3 MESES / 3 CAJAS

Nombre: NAYIBE LIZARAZO HURTADO
Documento: CC 63487126
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Marzo 14, 1973
Sexo: F
Teléfono: 3168681765
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 11, 2024

HISTORIA CLÍNICA

- CONSULTA CONTROL EN 4 MESES. GLAUCOMA

Observación General:

EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE
R.M. 1232391411
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 75912fd56426b83c564fc1e900b0ac94a3c95ec177b0f3524476e74e059b0d73ae9126cd924656fa4e30736351546e13

No. FVSF 34567

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 15:30:52
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882381		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA(CORNEA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 336417 AYALA SAAVEDRA ANGEL DANIEL CC:91045563		UNIDAD	1.00	0	0.00	48,000.00	48,000.00

Son: Cuarenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 15:31:08

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	48,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	48,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	48,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
Q8StdptV5WeDamIj2LCtiiWimGQlV0KVshYd1eE9mgsOoZwHQgeoVTc/PkcsvFnTzm6hWVM6YztJaeVYH7XhZjUMU1VdDHm7pOVUoufwFnaFdDIYmSbGCdP7xWs
UMrShLc2jvJ2rHJH9GQ5eu0inyWXYltzbbISXao5V7x2KQVFwD8mfkmCAnry7U8esO4UOLLtTzBSRFBs6IWikxk/wIT2033lBoPHwDmiDV2Et80BfeK5AIRvdgjBNS+2D
EzCaK8RgVcXdzpuv84Up8ZqmyTRnq0QSaNJuCIFeq+g1286WAY/llgElnB05MJgFDKGT5F7fltAj9Hv3VngPZkfJ3Q==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 04/06/2024 15:38:02

Cont 8 8 2391

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-02-336417 **FECHA SOLICITUD:** 2/11/24 9:27 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANGEL DANIEL AYALA SAAVEDRA
MUNICIPIO: SOCORRO
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ARTILLERÍA DE CAMPAÑA NO 5 "CAPITAN
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 91045563
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 687558082080
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CRISTIAN FERNANDO QUIROS CASTAÑEDA
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H110	PTERIGION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-02-336417	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y CX REFRACTIVA	890276-1	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: A CARGO DE CONTRATO NO. 394-DIGSA/DMBUG-2023VF**********AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS. TRANSCRIPCION DE ANEXO RELACIONADO POR LA IPS AUTORIZACIÓN ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACIÓN DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE DE LA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACIÓN N°1407

OBSERVACIÓN SOLICITUD: USUARIO CON DIAGNOSTICO DE PTERIGION REQUIERE DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y CX REFRACTIVA
FECHA DE VENCIMIENTO: 09/08/2024

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 09/08/2024

	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN	Código: RG77-PC11012	Versión: 01
Hospital Nuevo y sostenible		Fecha : 28/10/2021	Page 1 of 1

FORMATO REMISION A MEDICINA ESPECIALIZADA 899226

Identificación:	91045563	**Nombres** :	ANGEL DANIEL AYALA SAAVEDRA
Sexo :	Masculino	**Empresa** :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Edad :	45 Años	**Factura** :	FH5049068
Fecha :	25/10/2023 17:22	**Especialidad:**	CORNEOLOGIA

Motivo de la Solicitud

PTERIGIO TEMPORAL EN OJO IZQUIERDO - EVALUAR OPCION DE INJERTO DE MEMBRANA AMNIOTICA

Diagnóstico: H110-PTERIGION



Firmada Electrónicamente por: LAURA ANDREA DAZA IRRENO - Especialidad:OFTAMOLOGIA - RETINOLOGIA
Registro Médico: 1095920058

Impreso por Histosoft *Usuario* 1095920058

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNE DE SERVICIOS DE SALUD

C 91045563 EJC

SLP Activo

ANGEL DANIEL AYALA SAAVEDRA

Unidad de Afiliación 7001 DIRECCION SANIDAD EJC

Usuario 08

Expedición Jun 23 2009 Vence PERMANENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.045.563
AYALA SAAVEDRA

APELLIDOS
ANGEL DANIEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1979
SAN VICENTE DE CHUCURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

03-DIC-1996 SAN VICENTE DE CHUCURI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2719300-00168534-M-0091045563-20090812 0014829601A 1 24025042



Recibo Nro. 882381

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 16, 2024
Fecha Facturación: Julio 16, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 16, 2024
RESP: MR

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 91045563 AYALA SAAVEDRA ANGEL DANIEL **Aut:336417**

Edad: 45.8 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	58,000.00	58,000.00

Son: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	58,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	58,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: ANGEL DANIEL AYALA SAAVEDRA
Documento: CC 91045563 Fecha de Nac: Octubre 01, 1978
Entidad: Edad: 45.8 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3165057720
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 16, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: ACUDE POR
1.REFERIDO PARA CX DE PTERIGION POR PARTE DE HOSPITAL DEL SOCORRO (DRA LAURA DAZA) OJO IZQUIERDO , Y EVALUACION DE INHJERTO CON MEMBRANA AMNIOTICA
ANTECEDENTES: GENERALES
1.NO REFIERE
OFTALMOLOGIA
1. CX DE PTERIGION AMBOS OJOS

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: 12 **OI:** 12

HORA: 15:11

GONIOSCOPIA: OD: X **OI:** X

Tipo: Spaeth

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISCORICA
NORMOREACTIVA A LA LUZ
CRISTALINO CON OPACIDAD INCIPIENTE
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA + HIPERPLASIA FIBROVASCULAR NASAL DE GII AMPLIA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISCORICA
NORMOREACTIVA A LA LUZ
CRISTALINO CON OPACIDAD INCIPIENTE
FONDO DE OJO: O.D.:

EXCAVACION 0.3, ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA , VITREO CLARO
FONDO DE OJO: O.I.:

EXCAVACION 0.3, ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA , VITREO CLARO

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.I.) H110 PTERIGION
PLAN:
PRESENTA PTERIGION GII TEMPORAL OI , AMERITA RESECCION + PLASTIA, SE PUEDE REALIZAR CON PLASTIA Y NO USAR MEMBRANA AMNIOTICA .
PLAN
1.CIRUGIA DE RESECCION DE PTERIGION OJO IZQUIERDO
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
R.M. 1127345741
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 4e86ee8b7261349cdccacd501a3ffa2bf3eae4f4808c31b215fec8a60ba1137f774972a489d3ce949220c63cf849a8ab

No. FVSF 34568

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 15:35:54
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882486		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (GLAUCOMA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1418808 VARGAS PEREZ JORGE EDUARDO CC:91209961		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 15:36:08

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
VbLzuQwY0kG5ATq2G/jqxXi4ZkZbhSeUmi7KmanymVyjrC95w3cdWl3tPMnutM8/GV3qLMVbTCUwKIf4mQvH8JMls0ZDlphkF8fGnDrO7Xp40nTImPjOHZ4zSPX2/1XJ6gsH1Xux86XqSIQsxXttZ3lwp4LJI095lbnEHWjzooNxjpz1jf9A4WVA7raqD6vwDcPIcv0LlF8PMui4Xkmporpq5LIqFfbeqFIcL8TaLwNdWgT1esDcMHmzTKqnUvyc67UhrDELQ2QIjaKUo9JgYz9nSHSDLRyWEhaPduRcABkK0WTqStfuv1AJDyyD4iSLV7NMe8XuVhk74YrUpOfkgA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

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: 29/04/2024 13:06:18

Cont. 88 2486

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-04-150315 **FECHA SOLICITUD:** 4/29/24 1:06 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE EDUARDO VARGAS PEREZ
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 91209961
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Impresión Diagnóstica
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCION CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1418808	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN GLAUCOMA	890376-7	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: . **DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: GLAUCOMA ASIMETRICO PIO 14 Y 16 CON PAQUIMETRIA DE OD 505 + 4 Y OI 508 + 4 LO QUE LLEVA A PIOS BORDELINE CON DORZOLAMIDA + TIMOLO Y LATANOPROST, OCT QUE MUESTRA DE PLESION DE FIBRAS PARCIAL A NIVEL INFERIOR CAMPO VISUAL 24/2 CONFIABLE OD NORMAL Y OI CON PATRON DIFUSO SUPERIOR COMPATIBLE CON ESCOTOMA INCOMPLETO EN VISTA DE LO ANTERIOR SE MANTIENE TTO Y SE SOLCUITA VALORACION POR GLAUCOMATOLOGO PARA PLANTEAR LA POSIBILIDAD DE TRABECULOPLASTIA SELECTIVA LASER CON LASER CONTROL POR DISPENSARIO EN 4 MESES
FECHA DE VENCIMIENTO: 29/04/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

17 de julio
9:15
calle 55 #31-52
Antiguo Campestre

Fecha y hora de generación: 01/04/2024 17:46:17

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-04-150315 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 4/1/24 5:45 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE EDUARDO VARGAS PEREZ
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: CL 6 2 MZ B CASA 5
CORREO ELECTRÓNICO: sincorreosm@gmail.com
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: SP
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 18/12/1959
NÚMERO DE DOCUMENTO: 91209961
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Eduardo Vargas S.
Medico Oftalmologo
Cornea - Segmento Anterior
C.C. 1127345741

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890376-7	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN GLAUCOMA	Oftalmología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

GLAUCOMA ASIMETRICO PIO 14 Y 16 CON PAQUIMETRIA DE OD 505 + 4 Y OI 508 + 4 ,LO QUE LLEVA A PIOS BORDELINE CON DORZOLAMIDA + TIMOLO Y LATANOPROST, OCT QUE MUESTRA DE PLESION DE FIBRAS PARCIAL A NIVEL INFERIOR CAMPO VISUAL 24/2 CONFIABLE OD NORMAL Y OI CON PATRON DIFUSO SUPERIOR COMPATIBLE CON ESCOTOMA INCOMPLETO EN VISTA DE LO ANTERIOR SE MANTIENE TTO Y SE SOLCUITA VALORACION POR GLAUCOMATOLOGO PARA PLANTEAR LA POSIBILIDAD DE TRABECULOPLASTIA SELECTIVA LASER CON LASER CONTROL POR DISPENSARIO EN 4 MESES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
Relacionado	Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

GLAUCOMA DIAGNOSTICADO HACE 14 ANOS, PSEUDOFAQUIA OI 2008 , USA LATANOPROST Y DORZOLAMIDA+ TIMOLOL . NO A SIDO VALORADO POR GLAUCOMA , MANTIERNE TTO ACUDE A CONTROL

HALLAZGO

GLAUCOMA DIAGNOSTICADO HACE 14 ANOS, PSEUDOFAQUIA OI 2008 , USA LATANOPROST Y DORZOLAMIDA+ TIMOLOL . NO A SIDO VALORADO POR GLAUCOMA , MANTIERNE TTO ACUDE A CONTROL

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICROSCOPIA
OJO DERECHO
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS. CONJUNTIVA CLARA CÓRNEA TRANSPARENTE CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII IRIS SIN LESIONES PUPILA REACTIVA CENTRAL CRISTALINO CON OPACIDAD N2 C2 PIO 15 MMHG
OJO IZQUIERDO PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS. CONJUNTIVA CLARA CÓRNEA TRANSPARENTE CAMARA ANTERIOR FORMADA IRIS SIN LESIONES PUPILA REACTIVA CENTRAL LIO IN SITU PIO 16 MMHG
FONDO DE OJO OJO DERECHO EXCAVACION 0.3/0.4 ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA, VITREO CLARO .
OJO IZQUIERDO EXCAVACION 0.5/06 ISNT ANORMAL, CRIBOSA +, RECHAZO NASA LDE VASOS MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA, VITREO CLARO .

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

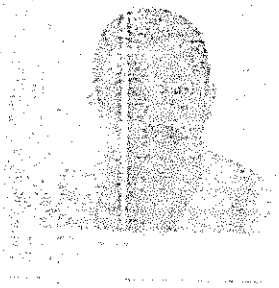
TRATAMIENTOS INSTAURADOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.209.961

VARGAS PEREZ
APELLIDOS

JORGE EDUARDO
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1959

RIONEGRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

29-MAR-1978 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4000100-00150855-M-0091209961-20090825 0010033005A 1 30291070



Recibo Nro. 882486

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 17, 2024
Fecha Facturación: Julio 17, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 17, 2024
RESP: MR

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 91209961 VARGAS PEREZ JORGE EDUARDO **Aut:1418808**

Edad: 64.6 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	58,000.00	58,000.00

Son: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	58,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	58,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: JORGE EDUARDO VARGAS PEREZ
Documento: CC 91209961 Fecha de Nac: Diciembre 18, 1959
Entidad: Edad: 64.6 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3166841626
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 17, 2024

MOTIVO: CONSULTA POR PRESENTAR ANTECEDENTES DE GLAUCOMA EN TRATAMIENTO CON LATANOPROST Y TIMOLOL
ANTECEDENTES: GLAUCOMA EN TRATAMIENTO DESDE 2007:
PSEUDOFAQUIA DE OJOIZQUIERDO (2008 CEDCO)

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

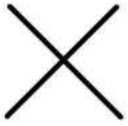
PIO: OD: 16 **OI:** 15

HORA: 09:41

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo:





BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PARPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA CLARA
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO III
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISOCÓRICA
NORMORREACTIVA A LA LUZ
CRISTALINO CON OPACIDAD NO1
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PARPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA CLARA
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO III
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISOCÓRICA
NORMORREACTIVA A LA LUZ
LIO EN SACO
FONDO DE OJO: O.D.:
DO REDONDEADO CON EXC 0.6 DECLIVE TEMPORAL , ATROFIA PERIPAPILAR MACULA CON ALTERACION DE BRILLO
FONDO DE OJO: O.I.:
DO REDONDEADO CON EXC 0.75 OVALADA CON ESCOTADURA SUPERIOR E INFERIOR, REMANENTE HIALOIDEO PAPILAR, , ATROFIA PERIPAPILAR MACULA CON ALTERACION DE BRILLO

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
Diagnóstico Rel 1: ( ) H250 CATARATA SENIL INCIPIENTE
Diagnóstico Rel 2: ( ) Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
PLAN:
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE GLAUCOMA EN TRATAMIENTO CON LATANOPROST Y TIMOLOL , CON VALORES DE PIO DENTRO DE LMITES NORMALES, SE SUGIERE REALIZAR ESTUDIOS PARA ESTADIAR,

- - POLIETILENGLICOL 4 MG/ML + PROPILENGLICOL 3 MG/ML (COLIRIO) APLICAR 1 GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS. 6 FRASCOS/6 MESES

- LATANOPROST 0.005% (COLIRIO/5ml) APLICAR UNA GOTA EN AMBOS OJOS 09:PM (PERMANENTE) 6 FRASCOS/6 MESES

- TIMOLOL 0.5% (COLIRIO/5ml): APLICAR UNA GOTA CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS (PERMANENTE) 6 FRASCOS/6 MESES

1.- OPTOMETRÍA
2.- CAMPIMETRÍA 24-2 EN AMBOS OJOS
3.- TOMOGRAFIA DE SEGMENTO POSTERIOR EN AMBOS OJOS (GLAUCOMA)
4.- CONSULTA CONTROL POR GLAUCOMA EN 04 MESES (CUPS 890202)
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE
R.M. 1232391411
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: a1665b773af536da8df2b69ddeb0c7f7ad613cb4b308f6fbe447be51b976bef455631b4010d08687215a7e5d3ce378e0

No. FVSF 34569

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 15:48:14
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881827		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	952001	BIOMETRIA OCULAR NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1887775		UNIDAD	1.00	0	0.00	38,000.00	38,000.00
2	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1887774 GARCIA MAGELA MARIA EVI CC:41576933		UNIDAD	1.00	0	0.00	61,500.00	61,500.00

Son: Noventa y Nueve Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 15:48:28

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	99,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	99,500
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	99,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
nzvNVD3NbcVtwVMhAVWcmqmgJW6UXo9deo7nI5Gyd4gEVOWKcmAarMVFzGkn7MzJhWDGsPIB25XUug9cTDGbMdG6idkeT/EXwSmHeGx4Vb6U9oKqmxIYCJnV
x2m5mQEcgBILdHv66EUGq7sO3A+czRTm917dXuBsyYED9RYCyCLD6MGnK8g98WW3uq4vLNMxyM5bsMkRnfDHTrIRQdBpji/zyZBMw8+YjCf9KImI/NwlOLmQWV
RKf9/Bmb49ENUFKmxLIR4aLe2B6v3rB3s6j0G1UZjjvLR34xahDkfnCGbpUs3KHhKzZN2hiacRZOCFPY2ZI6YPJ3fVtsXJBxdRdw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

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: 31/05/2024 14:36:11

Cont' 881827

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-05-1887774 **FECHA SOLICITUD:** 5/31/24 2:35 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EVY GARCIA MASMELA
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: E6
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 41576933
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1887774	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE EN CONSULTA POR GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO *******ORDEN MEDICA DR DAVID SANTANA FUNDACION VER SIN FRONTERAS ********OJO DERECHO********
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/05/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/05/2025

miercoles 10-Jul/024
10 julio 11:40
cl 55 #31-52 antiguo
consulta

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre MARIA EVI GARCIA MAGELA

Documento 41576933 **Fecha** Noviembre 16, 2023

Entidad

S.S. / RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES - (950610) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dx: H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE
R.M. 1232391411
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fecha generación: 31/05/2024 14:36:05

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-05-1887775 **FECHA SOLICITUD:** 5/31/24 2:35 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EVY GARCIA MASMELA
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: E6
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 41576933
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1887775	BIOMETRÍA OCULAR	952001	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE EN CONSULTA POR GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO *******ORDEN MEDICA DR DAVID SANTANA FUNDACION VER SIN FRONTERAS ********OJO DERECHO********
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/05/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/05/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre MARIA EVI GARCIA MAGELA

Documento 41576933 **Fecha** Noviembre 16, 2023

Entidad

S.S. / BIOMETRIA OCULAR - (952001) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dx: H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE
R.M. 1232391411
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.576.933
GARCIA MASMELA
APELLIDOS
MARIA EVY
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1953
NARIÑO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1974 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2717200-01318375-F-00415769.13-20220909 0084819255A 1 56582227



Recibo Nro. 881827

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 10, 2024
Fecha Facturación: Julio 10, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 10, 2024
RESP: MR

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 41576933 GARCIA MAGELA MARIA EVI **Aut:1887774**

Edad: 71.5 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
952001 BIOMETRIA OCULAR	1	41,400.00	41,400.00
950610 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	1	63,250.00	63,250.00

Son: CIENTO CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	104,650.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	104,650.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

SONOMED

EXAM. RECORD 07/10/24 12:54 PM

PATIENT ..... MARIA E GARCIA
ID 41576933
EYE EXAMINED .... OD, 10MHZ
CATARACT

IOL CALCULATIONS: THEORETIC-T

K1=44.00D K2=42.25D	AXL=23.10MM ACD= 3.08MM LENS= 3.84MM

LENS1 A1= 118.30D 22.04D 0.00D	L2:DEFAULT2 A2= 115.80D 19.20D 0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
22.50	-0.33	19.75	-0.45
22.25	-0.15	19.50	-0.24
▸ 22.00	0.03	▸ 19.25	-0.04
21.75	0.21	19.00	0.16
21.50	0.39	18.75	0.36

LENS3 A3= 118.00D 21.67D 0.00D	LENS4 A4= 118.50D 22.30D 0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
22.25	-0.42	22.75	-0.32
22.00	-0.24	22.50	-0.14
▸ 21.75	-0.06	▸ 22.25	0.03
21.50	0.12	22.00	0.21
21.25	0.30	21.75	0.39

USER ..... JULIO PICO

MNC-14

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

CLL 44 #37-37 CABECERA DEL LLANO

APRAMED

Código	Nombre	Sexo	Edad
41576933	**MARIA EVI GARCIA**	**Femenino**	**71**

Examen
#15032 - 10/07/2024 11:42:49

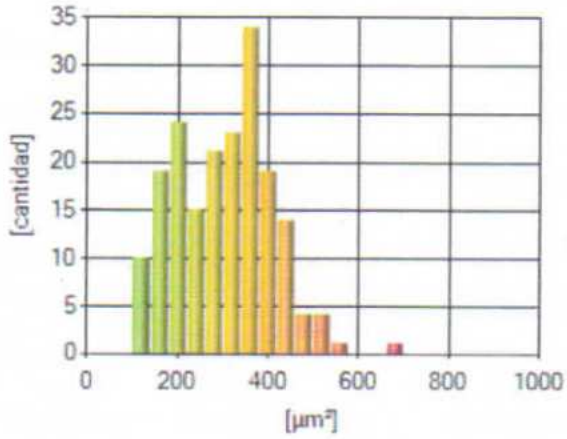
OD
Central

Densidad	**2.487** células/mm²
Área total	0,0760 mm²
Área medida	0,0534 mm²
# de células	189 células
Área (média ± DP)	282,80 ± 105,60 µm²
Coef. de variación	37%
Células hexagonales	46%
Paquimetria simulada	≈ 530 µm

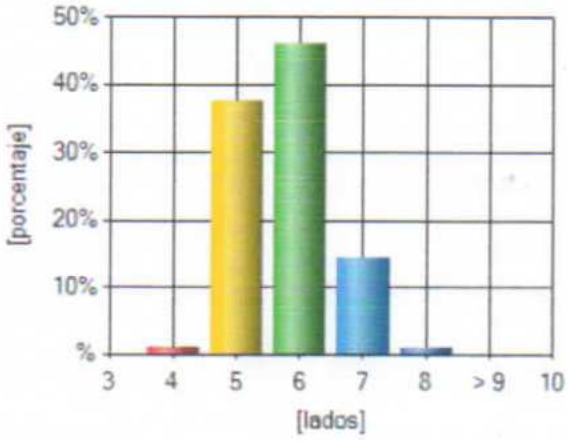
Procesamiento de las células



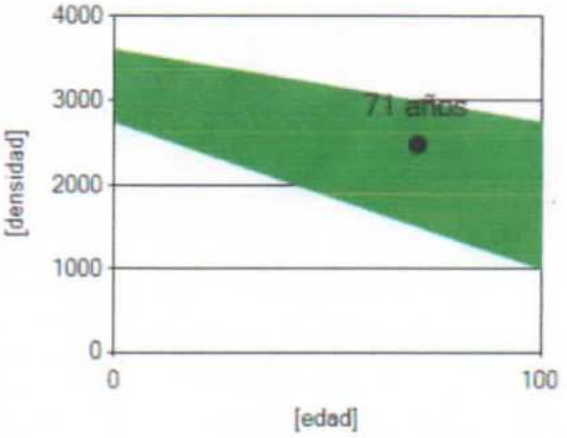
Polimegatismo



Pleomorfismo



Densidad estadística por edad



FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 0ff2f0a2978e60a53337f857281ff9a2d73a86cfb70ee9e6895ae85c9a12140af6ad2865df66ad31a38b6c7555fafe94

No. FVSF 34570

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 16:00:55
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882754		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	952001	BIOMETRIA OCULAR		UNIDAD	2.00	0	0.00	38,000.00	76,000.00
2	950610	NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1880903 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		UNIDAD	1.00	0	0.00	61,500.00	61,500.00
3	951302	NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1880904 ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B		UNIDAD	1.00	0	0.00	110,000.00	110,000.00
		NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1880902 BLANCO MANTILLA LUZ MARINA CC:37831666							

Son: Doscientos Cuarenta y Siete Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 16:01:10

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	247,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	247,500
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	247,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: bNNQrmgol09a5O78Hbh9qfJ623Iky6T8BY8SbMYvzTsj0OmReeJOOLaSOXX4630KShe6bjRzV83Zf9WkGoEf0p7CQBmF1A8UfACLNBtvED5ZX8neaxwNH8bFFUAtyVcNZ05+HtywJgfRImaTqyZS/uZZze/W4xtZuKuPRjhy3vKa/YRi1f9BWX2/zjbq2DzBMR/1xQJycl11wnsaAWICtooAZcwVZuYjv/QdvTDQoZxeTLcdO7aCRHNaR2TM/3RsAMKYb7v8hiGwFFrnioxPIrdepFNF0CpBhkzvBybIEiVeKE2MPOMQ4KdeDzTx5HmjN6o3uAtZDHgJ1JsyraaUIQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Cont. 882754

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre LUZ MARINA BLANCO MANTILLA

Documento 37831666 **Fecha** Agosto 31, 2023

Entidad

S.S. / ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B - (951302) Ojo Derecho Cantidad: 1

PRIORITARIA

Fundación Ver Sin Fronteras

Dra. Rosa Galvis

OFTALMÓLOGO RETINÓLOGO
CC 1127360118

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

ROSA GRACIELA GALVIS ANGOLA
R.M. 1127360118
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA Y RETINA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001

FORMULA MEDICA

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre LUZ MARINA BLANCO MANTILLA

Documento 37831666 **Fecha** Agosto 31, 2023

Entidad

S.S. / RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES - (950610) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

ROSA GRACIELA GALVIS ANGOLA
R.M. 1127360118
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA Y RETINA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001

Fundación Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre LUZ MARINA BLANCO MANTILLA

Documento 37831666 **Fecha** Agosto 31, 2023

Entidad

S.S. / BIOMETRIA OCULAR - (952001) Ambos Ojos Cantidad: 2

PRIORITARIA

Dra. Rosa Galvis A.
OFTALMÓLOGO - RETINÓLOGO
CC 1127360118

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

ROSA GRACIELA GALVIS ANGOLA
R.M. 1127360118
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA Y RETINA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fecha generación: 31/05/2024 10:07:15

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-05-1880904 **FECHA SOLICITUD:** 5/31/24 9:58 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARINA BLANCO MANTILLA
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37831666
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1880904	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: NO DISPONIBLE EN EL DMBUG
DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: paciente con dx CATARATA SENIL NUCLEAR

DRA ROSA GRACIELA GALVIS RM 1127360118 OFTALMOLOGÍA - RETINA IPS VER SIN FRONTERAS // ATENCIÓN 31/08/2024

SOLICITA:

ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B****OJO DERECHO*******PRIORITARIO
* BIOMETRÍA OCULAR**********AMBOS OJOS ****PRIORITARIO
*/ RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES*******OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/05/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/05/2025

Fecha generación: 31/05/2024 10:06:37

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-05-1880903 **FECHA SOLICITUD:** 5/31/24 9:58 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARINA BLANCO MANTILLA
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37831666
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1880903	BIOMETRÍA OCULAR	952001	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: NO DISPONIBLE EN EL DMBUG
DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: paciente con dx CATARATA SENIL NUCLEAR

DRA ROSA GRACIELA GALVIS RM 1127360118 OFTALMOLOGÍA - RETINA IPS VER SIN FRONTERAS // ATENCIÓN 31/08/2024

SOLICITA:

ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B****OJO DERECHO*******PRIORITARIO
* BIOMETRÍA OCULAR**********AMBOS OJOS ****PRIORITARIO
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/05/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/05/2025

Fecha generación: 31/05/2024 10:05:35

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-05-1880902 **FECHA SOLICITUD:** 5/31/24 9:58 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARINA BLANCO MANTILLA
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37831666
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1880902	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	951302	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: NO DISPONIBLE EN EL DMBUG
DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: paciente con dx CATARATA SENIL NUCLEAR

DRA ROSA GRACIELA GALVIS RM 1127360118 OFTALMOLOGÍA - RETINA IPS VER SIN FRONTERAS // ATENCIÓN 31/08/2024

SOLICITA:

ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B****OJO DERECHO*******PRIORITARIO
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/05/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 31/05/2025

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.831.666
BLANCO MANTILLA
APELLIDOS
LUZ MARINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1956
LOS SANTOS
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | A- G.S RH | F SEXO

20-OCT-1976 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2700100-00136566-F-0037831666-20081212 0008029335A 1 6900026471



Recibo Nro. 882754

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 18, 2024
Fecha Facturación: Julio 18, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 18, 2024
RESP: MR

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 37831666 BLANCO MANTILLA LUZ MARINA **Aut:1880904**

Edad: 68.2 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
952001 BIOMETRIA OCULAR	1	41,400.00	41,400.00
950610 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	1	63,250.00	63,250.00
951302 ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	1	115,000.00	115,000.00

Son: DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	219,650.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	219,650.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

SONOMED

EXAM. RECORD 07/18/24 05:13 PM

PATIENT ..... LUZ M BLANCO
ID 37831666
EYE EXAMINED .... OD, 10MHZ
CATARACT

IOL CALCULATIONS: THEORETIC-T

K1=42.00D K2=44.25D	AXL=22.63MM ACD= 2.88MM LENS= 3.94MM

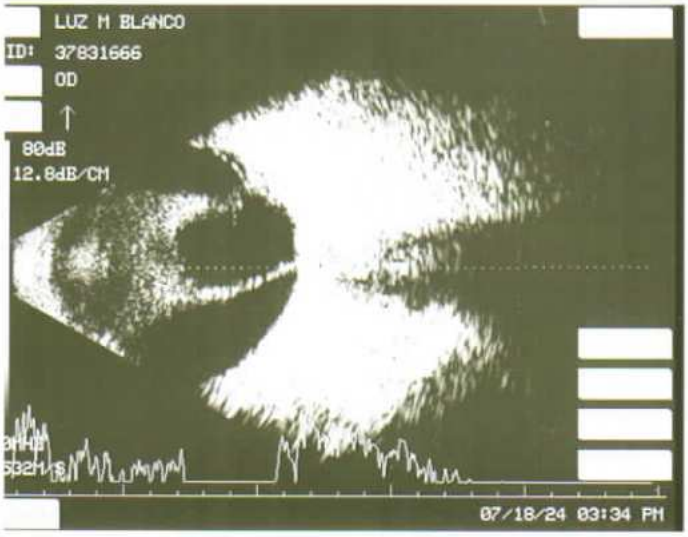
LENS1		L2:DEFAULT2	
A1= 118.30D		A2= 115.80D	
23.53D	0.00D	20.47D	0.00D

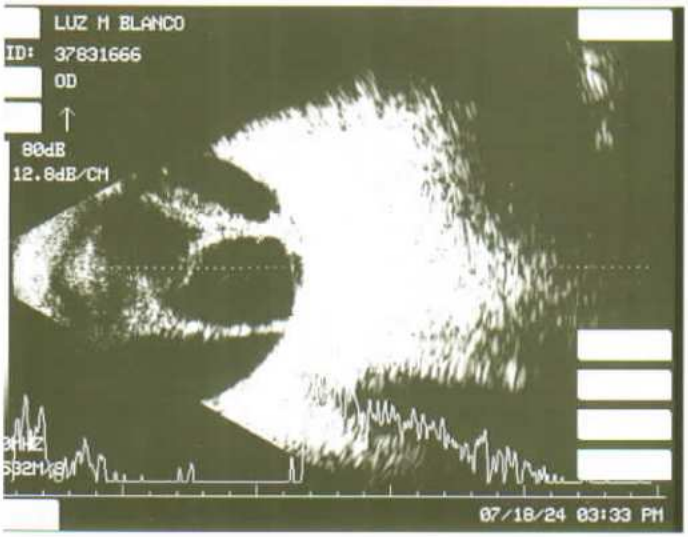
IOL	REFR	IOL	REFR
24.00	-0.34	21.00	-0.43
23.75	-0.16	20.75	-0.23
▸ 23.50	0.02	▸ 20.50	-0.02
23.25	0.20	20.25	0.18
23.00	0.38	20.00	0.38

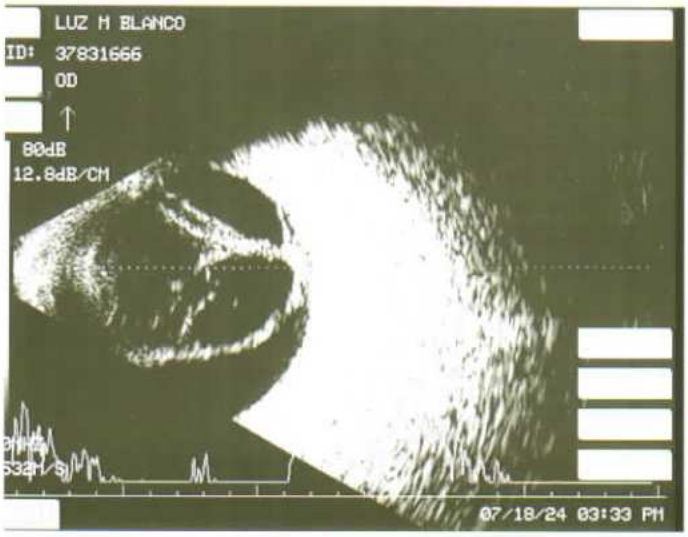
LENS3		LENS4	
A3= 118.00D		A4= 118.50D	
23.13D	0.00D	23.80D	0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
23.75	-0.46	24.25	-0.32
23.50	-0.28	24.00	-0.14
▸ 23.25	-0.09	▸ 23.75	0.04
23.00	0.09	23.50	0.22
22.75	0.28	23.25	0.39

USER ..... JULIO PICO


LUZ M BLANCO
ID: 37831666
OD
80dB
12.8dB/CM
07/18/24 03:34 PM


LUZ M BLANCO
ID: 37831666
OD
80dB
12.8dB/CM
07/18/24 03:33 PM


LUZ M BLANCO
ID: 37831666
OD
80dB
12.8dB/CM
07/18/24 03:33 PM

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

CLL 44 #37-37 CABECERA DEL LLANO

APRAMED

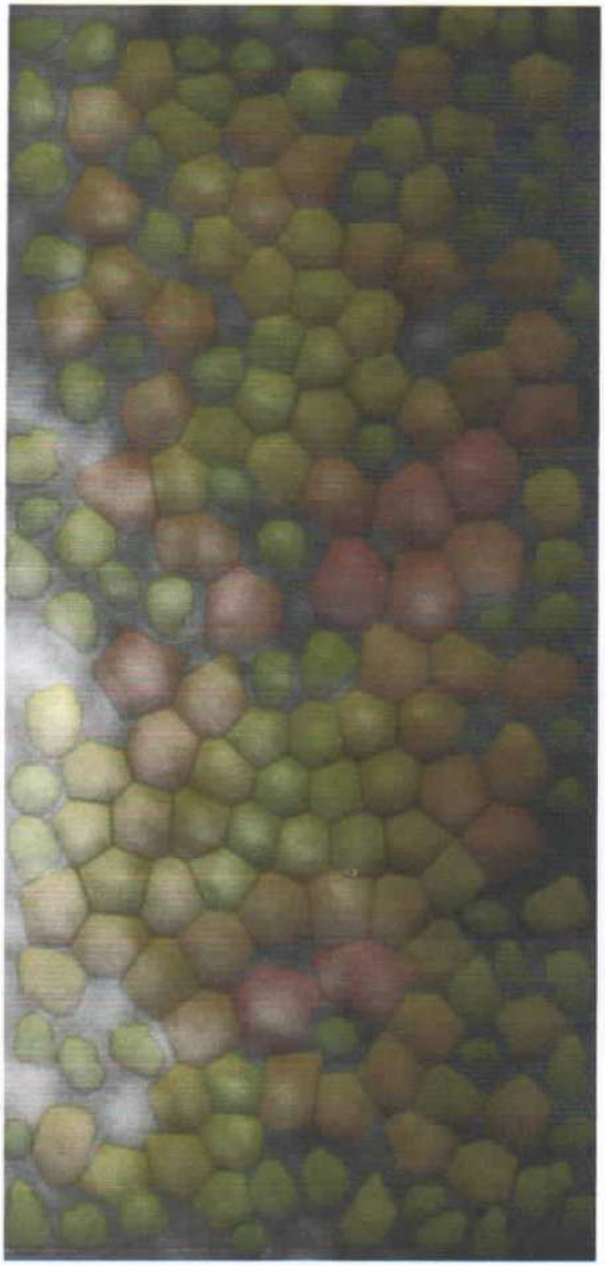
Código	Nombre	Sexo	Edad
37831666	**LUZ MARINA BLANCO**	**Femenino**	**68**

Examen
#15102 - 18/07/2024 16:03:36

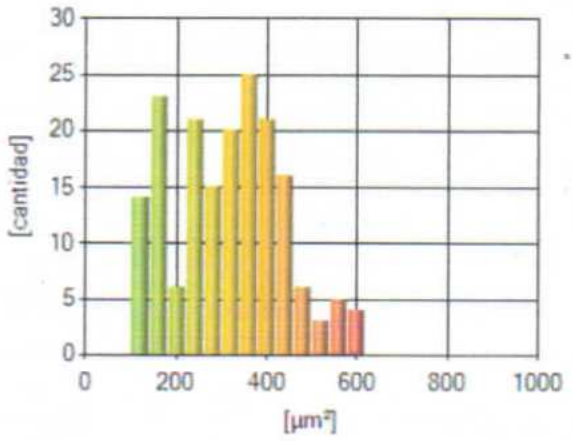
OD
Central

Densidad	**2.461** células/mm²
Área total	0,0727 mm²
Área medida	0,0528 mm²
# de células	179 células
Área (média ± DP)	294,93 ± 121,10 µm²
Coef. de variación	41%
Células hexagonales	57%
Paquimetria simulada	≈ 590 µm

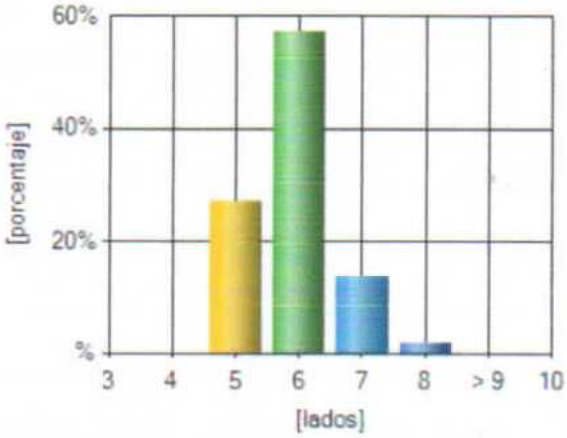
Procesamiento de las células



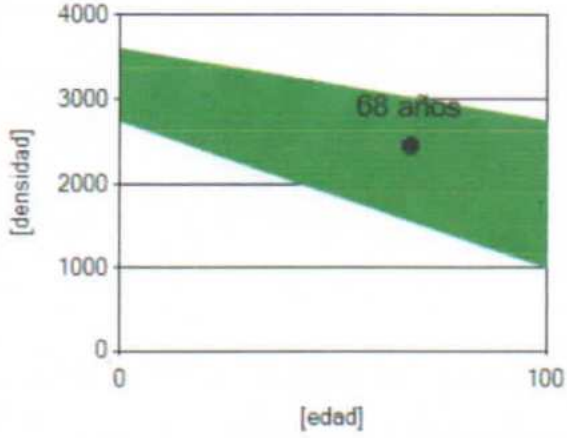
Polimegatismo



Pleomorfismo



Densidad estadística por edad



FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 193985696c6d0ba717299addf2803452a372d6d60f672f5b1e9d8e87649c293878bfc493319894b5dab4e248e7019bbc

No. FVSF 34572

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 16:21:24
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881455		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	952001	BIOMETRIA OCULAR		UNIDAD	2.00	0	0.00	38,000.00	76,000.00
		NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2053669							
2	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		UNIDAD	2.00	0	0.00	61,500.00	123,000.00
		NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2053665							
		BAEZ RANGEL CLAUDIA ROCIO CC:66858037							

Son: Ciento Noventa y Nueve Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 16:21:40

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	199,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	199,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	199,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: d1++bXQDG0wbSG77Z6UvhVNbPdG/nQaQv6hPVWSgWfDIzMNXdHHwnGcTfl+2Jia2P40C+CysJoW3atiHRRZLYt7zFw61inft2NsIOpowQBKRJGABbHt2T9f6+ijIMrJ/L3f8doKJFjmBoJPuNKZnNb8kWOd05mTGtaRmbQ9C1p40XjEUzmvBalYnNm5ogTFSTloEi7d8jw9ZadxbIAoRIHHZEjmgsd07TypRIzAbiLdya6F592JZWYSbuHCUCPmSfgJZEL7ggLborE+5Bogg1xxXAUNj82P+ceOSiol78LXGzwjf0TcuIJo2BLmDaDNNz3zrA9xJIwt+EFJ7WEdi5w==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

881455

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: 14/06/2024 08:06:40

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-2053669 **FECHA SOLICITUD:** 6/14/24 8:05 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: CLAUDIA ROCIO BAEZ RANGEL
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 66858037
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2053669	BIOMETRÍA OCULAR	952001	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 29/5/2024 POR MEDICO OFTALMOLGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SINFRONTERAS. AMBOS OJOS

FECHA DE VENCIMIENTO: 14/06/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 14/06/2025

6 de junio
8:20 AM

calle 55 # 31-52

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre CLAUDIA ROCIO BAEZ RANGEL

Documento 66858037 **Fecha** Mayo 29, 2024

Entidad

S.S. / BIOMETRIA OCULAR - (952001) Ambos Ojos Cantidad: 2

Fundación Ver Sin Fronteras
Dr. Jorge Luis Pongo Valderas
OFTALMÓLOGO - RETINÓLOGO
R.M. 9036-11

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fecha generación: 14/06/2024 08:06:34

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-2053665 **FECHA SOLICITUD:** 6/14/24 8:05 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: CLAUDIA ROCIO BAEZ RANGEL
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 66858037
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2053665	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmología (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 29/5/2024 POR MEDICO OFTALMOLGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SINFRONTERAS. AMBOS OJOS

FECHA DE VENCIMIENTO: 14/06/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 14/06/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre CLAUDIA ROCIO BAEZ RANGEL

Documento 66858037 **Fecha** Mayo 29, 2024

Entidad

S.S. / RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES - (950610) Ambos Ojos Cantidad: 2

Dr. Jorge Luis Pongo Valderas
OFTALMÓLOGO - RETINÓLOGO
R.M. 9036-11

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 66.858.037
BAEZ RANGEL

APELLIDOS
CLAUDIA ROCIO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1972
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-JUL-1991 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00068581-F-0066858037-20080911 0003228272A 1 4410005707

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

CLL 44 #37-37 CABECERA DEL LLANO

APRAMED

Código	Nombre	Sexo	Edad
66858037	**claudia rocio baez rangel**	**Femenino**	**51**

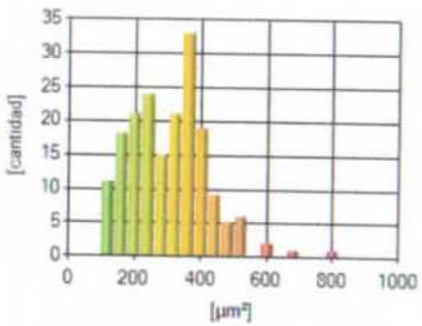
#15003 - 06/07/2024 8:34:44

OD — Inferior

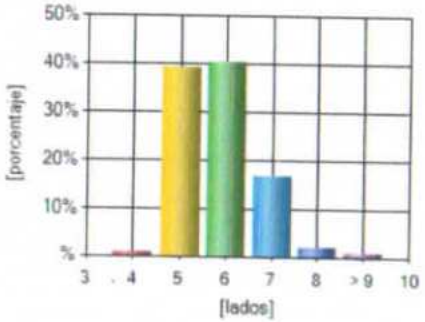
Densidad	**2.422** células/mm²
Área total	0,0768 mm²
Área medida	0,0527 mm²
# de células	186 células
Área (média ± DP)	283,17 ± 116,50 µm²
Coef. de variación	41%
Células hexagonales	40%
Paquimetria simulada	≈ 620 µm



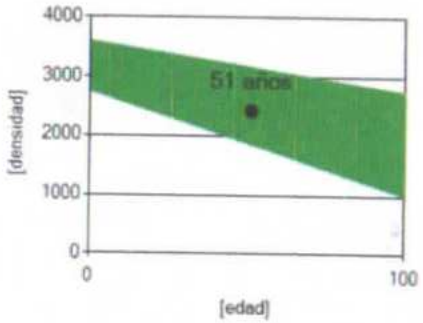
Polimegatismo



Pleomorfismo



Densidad estadística por edad



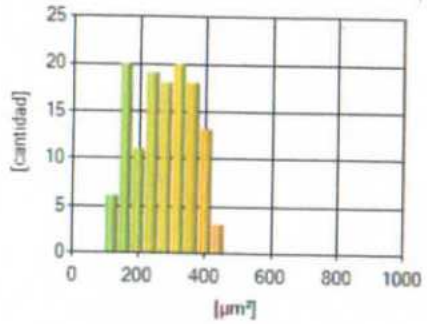
#15002 - 06/07/2024 8:32:47

OS — Superior

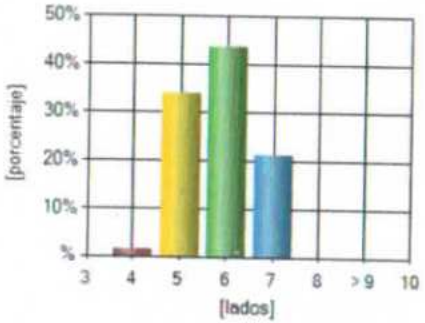
Densidad	**2.763** células/mm²
Área total	0,0463 mm²
Área medida	0,0325 mm²
# de células	128 células
Área (média ± DP)	253,61 ± 86,39 µm²
Coef. de variación	34%
Células hexagonales	44%
Paquimetria simulada	≈ 440 µm



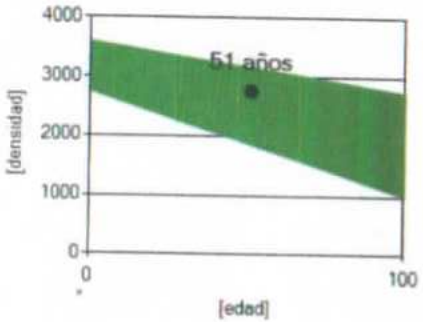
Polimegatismo



Pleomorfismo



Densidad estadística por edad



SONOMED

EXAM. RECORD 07/06/24 09:54 AM

PATIENT ..... CLAUDIA ROCIO BAEZ
ID 66858037
EYE EXAMINED .... OD, 10MHZ
CATARACT

IOL CALCULATIONS: THEORETIC-T

K1=43.00D	AXL=23.13MM
K2=43.50D	ACD= 3.11MM
	LENS= 4.59MM

LENS1		L2:DEFAULT2	
A1= 118.30D		A2= 115.80D	
21.83D	0.00D	19.01D	0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
22.25	-0.30	19.50	-0.39
22.00	-0.12	19.25	-0.19
⊦▸ 21.75	0.06	⊦▸ 19.00	0.01
21.50	0.24	18.75	0.21
21.25	0.41	18.50	0.41

LENS3		LENS4	
A3= 118.00D		A4= 118.50D	
21.46D	0.00D	22.09D	0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
22.00	-0.39	22.50	-0.29
21.75	-0.21	22.25	-0.12
⊦▸ 21.50	-0.03	⊦▸ 22.00	0.06
21.25	0.15	21.75	0.24
21.00	0.33	21.50	0.41

USER ..... JULIO PICO

SONOMED

EXAM. RECORD 07/06/24 09:51 AM

PATIENT ..... CLAUDIA ROCIO BAEZ
ID 66858037
EYE EXAMINED .... OS, 10MHZ
CATARACT

IOL CALCULATIONS: THEORETIC-T

K1=42.50D	AXL=23.63MM
K2=43.50D	ACD= 3.22MM
	LENS= 4.44MM

LENS1		L2:DEFAULT2	
A1= 118.30D		A2= 115.80D	
20.57D	0.00D	17.94D	0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
21.00	-0.31	18.50	-0.45
20.75	-0.13	18.25	-0.25
⊦▸ 20.50	0.05	⊦▸ 18.00	-0.05
20.25	0.22	17.75	0.15
20.00	0.40	17.50	0.34

LENS3		LENS4	
A3= 118.00D		A4= 118.50D	
20.22D	0.00D	20.80D	0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
20.75	-0.38	21.25	-0.31
20.50	-0.20	21.00	-0.14
⊦▸ 20.25	-0.02	⊦▸ 20.75	0.04
20.00	0.16	20.50	0.21
19.75	0.34	20.25	0.39

USER ..... JULIO PICO



Recibo Nro. 881455

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 06, 2024
Fecha Facturación: Julio 06, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 06, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 66858037 BAEZ RANGEL CLAUDIA ROCIO **Aut:2053669**

Edad: 51.6 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
952001 BIOMETRIA OCULAR	2	41,400.00	82,800.00
950610 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	2	63,250.00	126,500.00

Son: DOSCIENTOS NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	209,300.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	209,300.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 1764dc811d9d07dd69c68b070a524e4346bdeb20ae0975c7a30b2b3eddfc8d1a5f24c3dc9548b2a0478cc5afba106000

No. FVSF 34573

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 16:32:55
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881486		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951501	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1429116 CORTEZ LOPEZ IVANNA ALEJANDRA CC:1001093900		UNIDAD	1.00	0	0.00	100,800.00	100,800.00

Son: Cien Mil Ochocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 16:33:09

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	100,800	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	100,800
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	100,800

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
t91KIuVZkRD457johBewLLUPHmDih7+6JMkPP15QkNuaG/XkW3/rR7gjXjC5HMH7Mi1gWDdfkIXBmGwCCp3M7L2bOtByudmzgUKNtd6P9TOl4N2IQGSesCon40BiGu
m7zHz3ytQaip5anT6Xb0VPFsyqAiV2JwsWecmLVYePYyjhz/tK/lYARrEicqIaCF2m4nZ8p0Q0jYpMhfME/iEIWtY9cCZcWWXLQ3etvpiGdrgbxge0kJ1ASV5/4N6hZCyGxl
XF3rj2SwyDQRXp5ZojI0RaywCnUj0TrbfGxZbv4SMpNQoMjmdq6vz/ezuBKh/YExDfv7dIojjsyeXDSkKjoA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

881486

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: 30/04/2024 08:17:48

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-04-150395 **FECHA SOLICITUD:** 4/30/24 8:18 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: IVANNA ALEJANDRA CORTES LOPEZ
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: CR
REGIONAL: NORORIENTE
DOCUMENTO: 1001093900
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra
ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H522	ASTIGMATISMO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1429116	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	951501	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ASTIGMATISMO ELEVADO SE SOLCITA TOPOGRAFIA Y OPTOMERIA , Y CONTROL EN 4 MESES
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/04/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

Fecha y hora de generación: 01/04/2024 18:40:03

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-04-150395 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 4/1/24 6:39 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: IVANNA ALEJANDRA CORTES LOPEZ
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: KR 16 B 14 25
CORREO ELECTRÓNICO: faustocg1174@gmail.com
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: CR
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 25/09/2002
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1001093900
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Andrés Medico Oftalmologo Cornea - Segmento Anterior C.C. 1.193.545.241

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
951501	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	Oftalmología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

ASTIGMATISMO ELEVADO SE SOLCITA TOPOGRAFIA Y OPTOMERIA , Y CONTROL EN 4 MESES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H522	ASTIGMATISMO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

ACUDE POR ASTIGMATISMO

HALLAZGO

NO REFIERE PATOLOGIAS , NO CX DE OJOS .USA GAFAS DESDE DES INFANCIA , ACUDE POR ASTIGMATISMO

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICROSCOPIA AO
PARPADO SANO
CONJUNTIVA CLARA
CORNEA CLARA
CAMARA ANTERIOR FORMADA
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
CRISTALINO CLARO
PIO 12 MMHG

FONDO DE OJO AO

EXCAVACION 0.3 ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA, VITREO CLARO .

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

ASTIGMATISMO ELEVADO SE SOLCITA TOPOGRAFIA Y OPTOMERIA , Y CONTROL EN 4 MESES

DIAGNÓSTICOS



Recibo Nro. 881486

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 06, 2024
Fecha Facturación: Julio 06, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 06, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 1001093900 CORTEZ LOPEZ IVANNA ALEJANDRA **Aut:1429116**

Edad: 21.8 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951501 TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	1	103,500.00	103,500.00

Son: CIENTO TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	103,500.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	103,500.00

Firma Paciente

Facturador

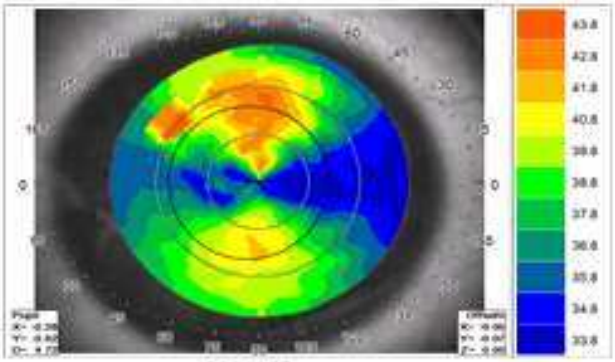
CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

IVANNA ALEJANDRA ,CORTES LOPEZ	ID#: 1001093900	Sex: F	**OD**
FUNDACION VER SINFRONTERAS	DOB: 25/09/2002		

Date: 06/07/2024 11:01:40 a.m. Exam 3

Kv: 46.77 @ 93°	Kf: 44.06 @ 3°	MinK: 43.85 @ 187°	AvgK: 45.42	Cyl: 2.70
SRI: 0.80	Esr: 0.36 / Esm-0.20	PVA: 20/25-20/30	SAI: 0.78	

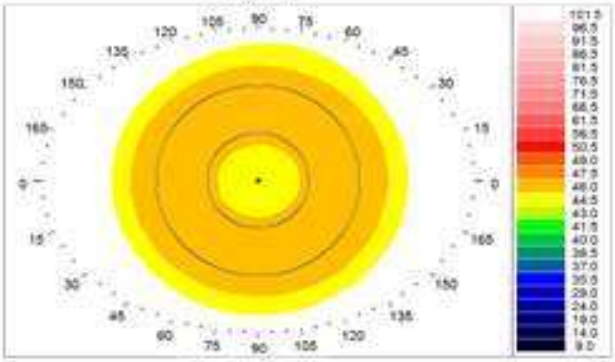


Original

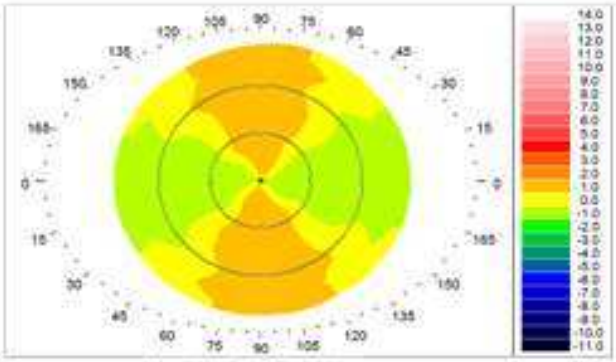
Fourier Index

(Standard)

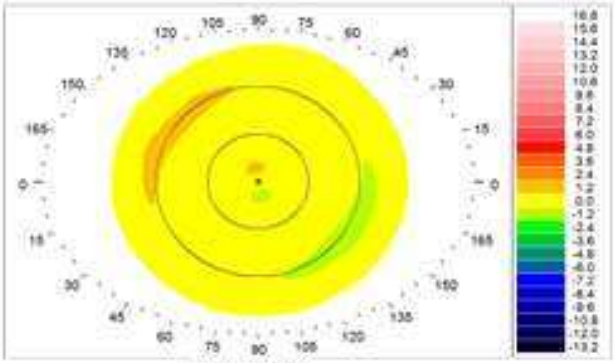
	3mm	6mm	
Spherical :	45.09	45.40	[D]
Reg.Astig. :	1.25	1.30	[D]
axis :	88.00	90.22	[ ]
Asymmetry :	0.54	0.54	[D]
axis :	119.89	134.15	[ ]
Higher order :	0.25	0.26	[D]



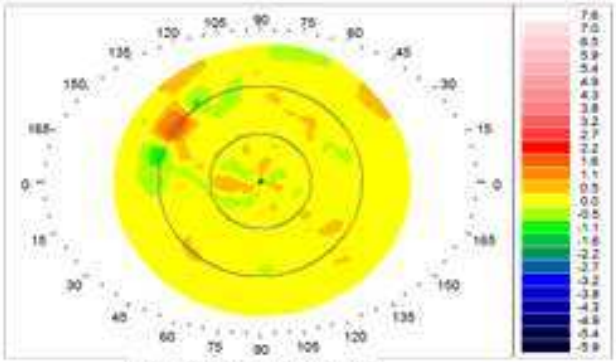
Spherical equ.



Regular Astigmatism



Asymmetry

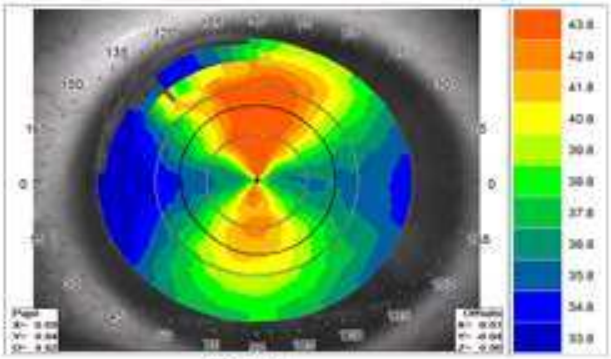


Higher order irregularity

IVANNA ALEJANDRA ,CORTES LOPEZ	ID#: 1001093900	Sex: F	**OS**
FUNDACION VER SINFRONTERAS	DOB: 25/09/2002		

Date: 06/07/2024 11:04:22 a.m. Exam 5

Ks: 45.08 @ 98°	**Kf: 42.09 @ 8°**	**MinK: 42.07 @ 1°**	**AveK: 43.59**	**Cyl: 2.99**
3Rt: 0.39	Es: 0.62 / Ers: 0.48	**PVA: 20/20-20/25**	**SAI: 0.30**	

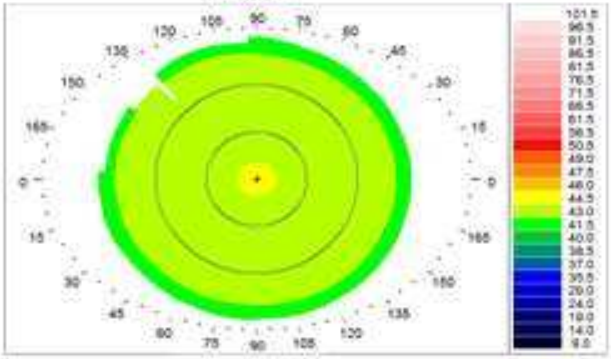


Original

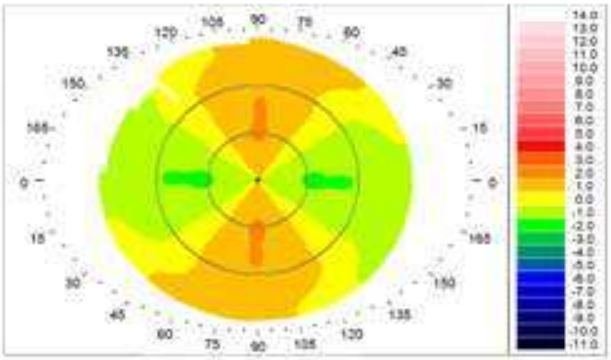
Fourier Index

(Standard)

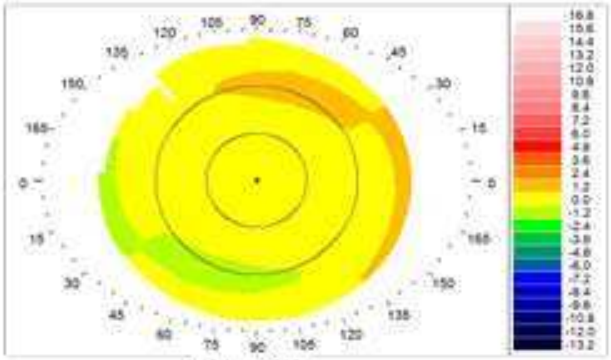
	3mm	6mm	
Spherical :	**43.70**	**43.47**	[D]
Reg.Astig. :	**1.42**	**1.46**	[D]
axis :	**89.14**	**88.99**	[°]
Asymmetry :	**0.31**	**0.49**	[D]
axis :	**92.64**	**94.87**	[°]
Higher order :	**0.14**	**0.15**	[D]



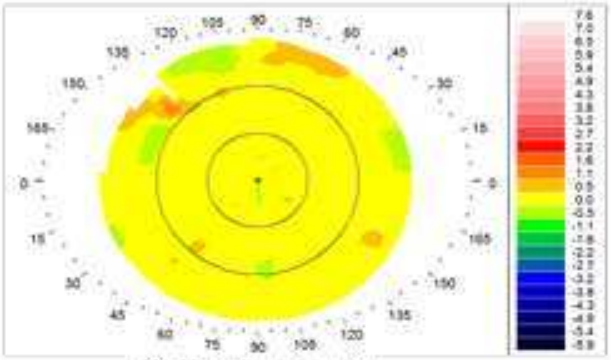
Spherical equ.



Regular Astigmatism



Asymmetry



Higher order irregularity

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 89dad4ec37a05ab880918dd3b28adabb4da027f697cd0ebc8ced9a718ed8849c63e01524a29448cbb4ad069aaf7de783

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34575**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 16:40:00
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881830		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2406704		UNIDAD	1.00	0	0.00	1,875,000.00	1,875,000.00
2	137003	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2406705 MARTINEZ VILLALOBOS FELIX CC:18965753		UNIDAD	1.00	0	0.00	1,290,800.00	1,290,800.00

Son: Tres Millones Ciento Sesenta y Cinco Mil Ochocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 16:40:16

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	3,165,800	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	3,165,800
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	3,165,800

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: ZkVTjzh029M9hcqXg2PPVIKEAKGWPowqMqCVQSfl79M4gut9UsZGxBNhPxpqofadOaCSM3cymDrOKwuc732HtXCz/9dVi/od4LaPhuYO7re2WmfqN7YfiulLw5IO2Kn
LQH++I/ArDg5rbijdNsHE8Y7j1BHDI4j0j3lzCIGe5oAIzr5fjojyXbd/oQw1q4ksGQU6oSV8ZlBiXwXHdgsf8Gs+l9njooRUyiGBuzuV0tIvtvz7LYmDl5bUyJZX/46gquQRe7LP4
fahDJrGJqlgk9MzxYnQSdpWy9QYnWuUaMHbImT6U09JoPRUGxXPO01qEw5UAqt0IvYboe1Swkd1kA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 11/07/2024 07:52:58

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-07-1297610 **FECHA SOLICITUD:** 7/11/24 7:52 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FELIX MARTINEZ VILLALOBOS
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLR
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 18965753
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-07-2406704	EXTRACCIÓN CRISTALINO EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE	130003	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
SE AUTORIZA ATENCION A CARGO DEL RECONOCIMIENTO DEL GASTO

DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD:
paciente con dx CATARATA SENIL NUCLEAR

*DR JOSE LUIS PONGO VALDERAS RM 9036/11 OFTALMOLOGO - RETINOLOGO IPS VER SIN FRONTERAS // ATENCIÓN 31/05/2024

EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO**OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 11/07/2025

AUT-2024-07-2406705	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	137003	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
SE AUTORIZA ATENCION A CARGO DEL RECONOCIMIENTO DEL GASTO

DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD:
paciente con dx CATARATA SENIL NUCLEAR

*DR JOSE LUIS PONGO VALDERAS RM 9036/11 OFTALMOLOGO - RETINOLOGO IPS VER SIN FRONTERAS // ATENCIÓN 31/05/2024

EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO**OJO DERECHO
INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES**** OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 11/07/2025

Fecha generación: 11/07/2024 07:52:58

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

HISTORIA No: 18965753

NOMBRE: FELIX MARTINEZ VILLALOBOS

EDAD: 71.6 Años **SEXO:** M

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 10, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** CARLOS UTRERA

ANESTESIOLOGO: LEONARDO CACERES **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

EXTRACCIÓN DE LA CATARATA (POR FACOEMULSIFICACION) OJO DERECHO

TIPO DE ANESTESIA BLOQUEO + SEDACION

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

PACIENTE BAJO ANESTESIA CON BLOQUEO,APT 31.35 EPT 5.87 PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE REGION PERIOCULAR, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, SE COLOCA BLEFAROSTATO, SE REALIZA PARACENTESIS CON CUCHILLETE DE 15° EN EL CUADRANTE CONTRALATERAL, SE COLOCA XILOCAINA AL 2 % SIN PRESERVANTES INTRACAMERAL, SE COLOCA VISCOELASTICO EN CAMARA ANTERIOR HIALURONATO SODICO, SE INYECTA AZUL TRIPAN, SE REALIZA INSICION ESCLERAL CON CUCHILLETE DE 2.75, SE REALIZA CAPSULORRESIX CIRCULAR CONTINUA CON PINZA UTRATA, SE REALIZA HIDRODISECCION SON SSB E HIDROLAMINACION CON SSB, ROTACION DEL NUCLEO Y TALLADO DEL SURCO CENTRAL CON ULTRASONIDO, SE REALIZA FACOEXTRACCION DEL NUCLEO Y SE ASPIRAN RESTOS CORTICALES, SE REALIZA EXTRACCION DE CORTEZA CORTICAL, APLICACIÓN DE VISCOELASTICO REFORMANDO EL SACO CAPSULAR, INTRODUCCION Y ROTACION DEL LENTE INTRAOCULAR PLEGABLE PODER +20.00 MARCA AJL AIALADRY SE ASPIRAN RESTOS DE VISCOELASTICO, SE FORMA CAMARA ANTERIOR CERRANDO PUPILA CON ACETIL COLINA, SE REALIZA HIDRATACION DE PARACENTESIS, SE APLICA VIGAMOX INTRACAMERAL, OCLUSION Y PROTECCION CON CANASTILLA, SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE DAN INDICACIONES POSTOPERATORIAS Y FORMULA MEDICA CONTROL EN (24 HORAS).

CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA R.M. 1127345741

HISTORIA No: 18965753

NOMBRE: FELIX MARTINEZ VILLALOBOS

EDAD: 71.6 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 10, 2024 **HORA:** 17:17

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico: EXTRACCIÓN DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION + IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO EN OJO DERECHO
Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE A PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE EXTRACCIÓN DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION + IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO EN OJO DERECHO
Resumen de la Evolución:
TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES , SE DA DE ALTA , CON FÓRMULA MÉDICA , CITA DE CONTROL E INCAPACIDAD

Descripción del Evento:SATISFACTORIO
Observación: SE DEJA FORMULA DE
MOXIFLOXACINO GOTAS 0,5%/5ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL
ACETATO DE PREDNISOLONA 1% / 5 ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL
POLIETILENGLICOL PROPILENGLICOL GOTAS 4MG/ML 3MG/15ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL

CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA 1127345741

6

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: Felix Martinez V.	PROCEDIMIENTO: FACO MAS LIO
IDENTIFICACION: 18965753.	FECHA: 10 JULIO 2024

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	1
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	2
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	2
Aguja # 18 * 1	1	Guante estéril # 7	
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	1
Aguja # 23 * 1 1/2		Guante estéril # 8	
Aguja # 26 * 1	1	Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2		Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2		Jeringa de 1 ml	3
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	3
Cánula nasal	1	Jeringa de 5 ml	2
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	1
Cassette Faco	1	Jeringa de 20 ml	1
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado		Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20	1	Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22		Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°	1	Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm	1	Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	80cm
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	1
Cuchillete Crescent	3	Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos		Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos	3	Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo	3	Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	3	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	1

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 2 de 2

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm	1	Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	1C
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml		Propofol 1% *20ml	1C
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A	1	Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°	1	Torundas	3T
Aflibercep (Eylia) 40m/ml		Ponti - gotas	5y
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	5y
Agua estéril 500ml	1	Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	150/x
Azul tripán	1	Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	5y
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)	1C		
Captropril 25mg		rapanuano50	1C
Clindamicina		fenbnilo amp	1C
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml	1		
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml	2		
Diclofenaco 75 mg *3ml	1		
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)	1		
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)	1		
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

HISTORIA No: 18965753

NOMBRE: FELIX MARTINEZ VILLALOBOS

EDAD: 71.6 Años **FECHA:** Julio 10, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

10/07/2024 17:24:00 NGRESA PACIENTE A CIRUGIA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PROGRAMADO AMBULATORIAMENTE PARA CIRUGIA DE FACO MAS LIO EN OJO DERECHO , SE VISTE CON ROPA DE CIRUGIA CON AYUDA DE FAMILIAR, SE LAVA LA CARA CON CLOREHEXIDINA, SE SECA, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA , SE TOMAN SIGNOS VITALES, T/A :127/71 Mm/Hg FC :72X' FR: 20X' SPO2: 96%, T°: 36,5 °C, PREVIO LAVADO DE MANOS SEGUN PROTOCOLO SE APLICAN GOTAS DE ALCAINE+OXYMISYN+ QUIMOX+ FOTORRETIN+DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAINA GEL , PREVIO LAVADO DE MANOS SEGUN PROTOCOLO, SE REALIZA LAVADO QUIRURGICO CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA AMBOS OJOS CON AGUA ESTERIL, ISODINE ESPUMA, SE CANALIZA VENA DE DORSO DE LA MANO IZQUIERDA CON BRANULA #22, SE DEJA TAPON HEPARINIZADO SE FIJA CON MICROCPORE Y SE PRUEBA VENA FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE TRASLADA PACIENTE CAMINANDO A SALA DE CIRUGIA, SE UBICA EN CAMILLA SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES T/A : 128/80 MmHg FC:67 X' FR: 18X' SPO2: 98%, T°: 36,5 °C, QUEDA EN COMPAÑÍA DE CIRCULANTE DE QUIROFANO LILIANA GELVEZ FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

CON PREVIO LAVADO DE MANOS SE REALIZA SEGUNDO LAVADO QUIRURGICO EN AMBOS OJOS MAS PESTAÑAS CON AGUA ESTERIL E ISODINE ESPUMA. MAS OQSEPTIL GOTAS MAS ALCAINE GOTAS ,SIGNOS VITALES: T/A 124/77 mm/hg, FC 63X´, FR 18X´, SPO2 98%, SE OBSERVA PACIENTE TRANQUILO. FIRMA : VALENTINA GUALTEROS

SE DILUYE 1ML DE CEFALOTINA EN 500ML DE SOLUCION SALINA BALANCEADA PARA LA IRRIGACION DEL EQUIPO INFINITI, SE LE PASA A LA INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ UNA AMPOLLA DE ACETIL COLINA- PARA INFILTRACION CAMERAL FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

INICIA CIRUGIA DE DE FACO MAS LIO EN OJO DERECHO A CARGO DE CIRUJANO DR CARLOS UTRERA , INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ, CIRCULANTE LILIANA GELVEZ SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE, TRANQUILO, COLABORA CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SIGNOS VITALES : T/A: 122/78mm/hg FC: 67X' FR: 19X' SPO2: 97 %, T°: 36,5 . FIRMA : VALENTINA GUALTEROS

SE PASA LENTE PEGABLE DE PODER +20.00 MARCA AJL AIALADRY A LA INSTRUMENTADORA: LISETH JIMENEZ FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

TERMINA CIRUGIA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTAS DE QIMOX, SE OCLUYE OJO CON APOSITO+ MICROPORE, SE DAN INDICACIONES POSOPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, FORMULA MEDICA, }SIGNOS VITALES T/A 123/77 MM/HG, FC 66X´, FR 20X´, SPO2 97%, SE RETIRA CATETER SALE PACIENTE CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS Y EN COMPAÑIA DE UN FAMILIAR. FIRMA : VALENTINA GUALTEROS
Digita: STEFANY VALENTINA GU



Recibo Nro. 881868

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 10, 2024
Fecha Facturación: Julio 10, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 10, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: 18965753 MARTINEZ VILLALOBOS FELIX **Aut:PEDIRASLENDY**

Edad: 71.6 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
130003 EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	1	1,875,000.00	1,875,000.00
137003 INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS	1	3,720,000.00	3,720,000.00

Son: CINCO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	5,595,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	5,595,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre: FELIX MARTINEZ VILLALOBOS
Documento: 18965753 Fecha de Nac: Diciembre 15, 1952
Entidad: Edad: 71.6 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3188957496
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Mayo 31, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: CONTROL POR OFTALMOLOGIA CON REPORTES PARA CIRUGIA DE CATARATA
ANTECEDENTES: *GENERALES Y FARMACOLOGICOS: NIEGA

*ALERGICOS: NIEGA

*OCULARES:
CX DE PTERIGION AO
GAFAS NO

* FAMILIARES.: NIEGA GLAUCOMA U OTROS.

*OPTOMETRIA NO HAY REPORTE.

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:** **GONIOSCOPIA: OD:** **OI:**

HORA: 09:15 Tipo:

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
AVL PL
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLÓGICA 80%
CATARATA HIPERMADURA.
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
AV CD 3MTS.
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLÓGICA 80%
CATARATA C2N3SCP5
FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA POR ECOGRAFIA
NO SE APRECIAN DETALLES POR OPACIDAD DE MEDIOS
FONDO DE OJO: O.I.:
NO SE APRECIAN DETALLES POR OPACIDAD DE MEDIOS

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
PLAN:
PACIENTE CON EXAMENES PREQUIRURGICOS COMPLETOS.

SE ENVIA CIRUGIA DE:
-FACO + LIO OD

Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
FELIX MARTINEZ VILLALOBOS

Documento 18965753 **Fecha** Mayo 31, 2024

S.S. / INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES - (137003) Ojo Derecho Cantidad: 1

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
FELIX MARTINEZ VILLALOBOS

Documento 18965753 **Fecha** Mayo 31, 2024

S.S. / EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO - (130003) Ojo Derecho Cantidad: 1

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.965.753
MARTINEZ VILLALOBOS
APELLIDOS
FELIX
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1952
CHIRIGUANA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-1974 CURUMANI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-2717200-00850150-M-0018965753-20160919 0051317161A 1 46205902

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: baaee1a5b9cdd4034635791a45e7ce3037f5b38cdfcbd3d249ecb6bdd369c593d2be4c69671db06f62c18247bb7cfb25

No. FVSF 34578

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 16:55:32
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881973		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	147103	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE VÍTREO NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2007981 FRANCO DE SALAZAR GENOVEVA CC:38855172		UNIDAD	1.00	0	0.00	815,700.00	815,700.00

Son: Ochocientos Quince Mil Setecientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 16:55:47

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	815,700	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	815,700
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	815,700

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
NOBd3GvwU66SQKQzN2cPHMQJeAOiCJrbgEjpXEdtv37Jz+3yPeKNvVC6jI1LzH6pnxou1ho++GJ/Z5iX4cgvmhgFs6RGkfh4iBeYkS4a4u10/a4xh17FlaHMs1Qx7mRE
1ZuGwqdws7WKotCenlhhGZmALqib3+v8TnGcbmXDNHCUvKiwV8qtdBnenZaSCY3+7Kp4FCw9m5WdRsUHwv2C52WKAHZRg9e8uMkOFXuzn3Yj0u1xySshpaaR9+
ZvTcKtxVZ+OH5hd5+pO3Lxm3D9SOlvR3R9IqJx6mTtPbEvtgV4V6q/ZUBbwXLxa10OhVSz52cPrMx1GTbosVTus0T1fg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

HISTORIA No: 38855172

NOMBRE: GENOVEVA FRANCO DE SALAZAR

EDAD: 68.7 Años **SEXO:** F

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 11, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** JORGE PONGO

ANESTESIOLOGO: **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBERCEPT (EYLIA) OJO DERECHO 3ERA DOSIS

TIPO DE ANESTESIA LOCAL

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

PACIENTE BAJO ANESTESIA LOCAL ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE REGIÓN PERIOCULAR, COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES, COLOCACIÓN DE BLEFARÓSTATO, MARCACION DE 4 MM DE LIMBO CORNEAL SE REALIZA APLICACIÓN INTRAVITREA AFLIBERCEPT (EYLIA) OJO DERECHO 3ERA DOSIS
SE DA POR TERMINADO EL ACTO QUIRÚRGICO.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 R.M.

HISTORIA No: 38855172

NOMBRE: GENOVEVA FRANCO DE SALAZAR

EDAD: 68.7 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 11, 2024 **HORA:** 14:45

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico: APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBERCEPT (EYLIA) OJO DERECHO 3ERA DOSIS
Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE A PROGRAMACION DE APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBERCEPT (EYLIA) OJO DERECHO 3ERA DOSIS
Resumen de la Evolución: SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DA DE ALTA CON INDICACIONES FORMULA MEDICA, CITA CONTROL

Descripción del Evento:SATISFACTORIA
Observación: SE DEJA PACIENTE CON FÓRMULA MÉDICA:
ACETATO DE PREDNISOLONA 1%/ 5ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
POLIETINGLICOL+PROPILENGLICOL 4MG/1ML 3MG/15ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
MOXIFLOXACINO 0,5%/5ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 9036/11

Fundación Ver Sin Fronteras	**FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS**	**CODIGO:** SP-FT-26
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	**VERSION:** 01
	GASTOS DE CIRUGIA	**PÁGINA:** 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: GENOVEVA FRANCO DE SALAZAR	**PROCEDIMIENTO: TERAPIA ANTIANGIOGENICA**
IDENTIFICACION: 38 055172	**FECHA: 11 DE JULIO 2024**

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	1
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	2
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	2
Aguja # 18 * 1		Guante estéril # 7	1
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	
Aguja # 23 * 1 1/2		Guante estéril # 8	
Aguja # 26 * 1		Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2		Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2	1	Jeringa de 1 ml	1
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	
Cánula nasal		Jeringa de 5 ml	
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	
Cassette Faco		Jeringa de 20 ml	
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado		Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20		Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22		Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°		Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm		Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	
Cuchillete Crescent		Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos		Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos		Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo		Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	2	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 2 de 2

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm		Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml		Propofol 1% *20ml	
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A		Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°		Torundas	1T
Aflibercep (Eylia) 40m/ml	1	Ponti - gotas	5 GOTAS
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	
Agua estéril 500ml	1	Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	
Azul tripán		Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	5 GOTAS
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)			
Captropril 25mg			
Clindamicina			
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml			
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml			
Diclofenaco 75 mg *3ml			
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)			
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)			
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

HISTORIA No: 38855172

NOMBRE: GENOVEVA FRANCO DE SALAZAR

EDAD: 68.7 Años **FECHA:** Julio 11, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

11/07/2024 15:02:25 INGRESA PACIENTE FEMENINA AL TRANSFER DE SALA DE PROCEDIMIENTOS EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR , PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS AFLIBERCEPT 3 DOSIS EN OJO DERECHO. DANDO CUMPLIMIENTO AL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE SE REALIZA EL RETIRO DE PRENDAS Y LA POSTURA DE ROPA QUIRÚRGICA, LUEGO SE PROCEDE REVISAR HISTORIA CLÍNICA Y MARCACIÓN DEL SITIO OPERATORIO, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LA TOMA DE SIGNOS VITALES EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE CON : TA: 144/95 mmHg, FC: 96 LPM, FR: 20x', SPO2: 94%, T°: 36.5°C, HACIENDO CUMPLIMINETO DEL PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA INSTITUCIÓN, SE DA INICIO A LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS DE ALCAINE+OXIMISYN + QUIMOX + DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAÍNA GEL, SE PIDE AL FAMILIAR UBICARSE EN SALA DE ESPERA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE TRASLADA EL PACIENTE AL ÁREA DE ESPERA Y SE CONTINÚA CON LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS, SE PIDE AL USUARIO LAVAR LA CARA Y LAS MANOS CON CLORHEXIDINA AL 0.12% Y SE APLICA GOTA DE OQ-SEPTIC PARA DAR INGRESO AL ÁREA QUIRÚRGICA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE DA INGRESO AL PACIENTE AL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS, SE UBICA SOBRE LA MESA DE PROCEDIMIENTOS Y SE INICIA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES TA: 145/85 mmHg, FC: 73LPM, FR: 20x', SPO2: 98%, T°: 36.5°C, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LAVADO QUIRÚRGICO EN AMBOS OJOS EN LA ZONA PERIOCULAR, CON ISODINE ESPUMA, AGUA ESTERIL Y GASAS, LUEGO SE IMPREGNA EL ÁREA CON ISODINE SOLUCIÓN Y SE APLICA UNA GOTA DE Q-SEPTIL, QUEDA EL PACIENTE EN COMPAÑÍA DEL CIRCULANTE DE SALA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

INICIA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS ____ A CARGO DE CIRUJANO JORGE PONGO INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ, CIRCULANTE LILIANA, SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE, EN OPTIMAS CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, SIN ALTERACIONES. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

TERMINA CIRUGÍA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTA DE QUIMOX,SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE TRANSFER SE LLAMA AL ACOMPAÑANTE PARA DAR INDICACIONES POST-OPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, FÓRMULA MÉDICA, SE RETIRA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y SE DA SALIDA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS
Digita: STEFANY VALENTINA GU



Recibo Nro. 881973

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 11, 2024
Fecha Facturación: Julio 11, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 11, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 38855172 FRANCO DE SALAZAR GENOVEVA **Aut:2007981**

Edad: 68.7 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
169006 INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	1	815,700.00	815,700.00

Son: OCHOCIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	815,700.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	815,700.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre: GENOVEVA FRANCO DE SALAZAR
Documento: CC 38855172 Fecha de Nac: Noviembre 07, 1955
Entidad: Edad: 68.6 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono:
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Mayo 31, 2024

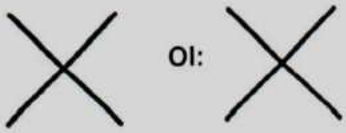
HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: PACIENTE CON AGUJERO MACULAR Y EDEMA MACULAR QUISTICO
ANTECEDENTES: NIEGA ANTECEDENTS
QX OCUALR VITRECTOMIA + FACO OD AGOSTO 2022 Y OI

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**
Tipo:



HORA: 09:12

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
LIOOK
BIOMICROSCOPIA: O.I.:

FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H333 DESGARRO DE LA RETINA SIN DESPRENDIMIENTO
Diagnóstico Rel 1: ( ) H353 DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO
PLAN:
TERAPIA ANTIANGIOGENICA 3 DOSIS EN OD EYLEA (AFLIBERCEPT) APLICAR1 POR MES DR PONGO
POLIETIL CADA 4 HORAS EN AO 1 FRASCO X MES X 6 MESES
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Fecha generación: 11/06/2024 15:00:42

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2024-06-1080077 **FECHA SOLICITUD:** 6/11/24 2:59 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: GENOVEVA FRANCO DE SALAZAR
DOCUMENTO: 38855172
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SP
FUERZA: EJC
REGIONAL: NORORIENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H333	DESGARRO DE LA RETINA SIN DESPRENDIMIENTO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
TELÉFONO: 3158322263
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2007981	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	147103	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 31/5/2024 POR MEDICO OFTALMOLOGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SIN FRONTERAS. 3 DOSIS DR PONGO. SE HOMOLOGA CUPS 169006 POR EL 147103 OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 11/06/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
GENOVEVA FRANCO DE SALAZAR

Documento 38855172 **Fecha** Mayo 31, 2024

S.S. / INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA - (169006) Ojo Derecho Cantidad: 1

Observación: 3 DOSIS DR PONGO

Dx: H333 DESGARRO DE LA RETINA SIN



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.855.172

FRANCO De SALAZAR
APELLIDOS

GENOVEVA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1955

TRUJILLO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-JUN-1977 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2708200-00159138-F-0038855172-20090612 0012431148A 1 9921716705

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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SP No. **C 38855172** **EJC**

FRANCO DE SALAZAR GENOVEVA

AFILIADO:

SALAZAR VILLARREAL LUIS ALEJANDRO
C 5764317

ESM: **2021HOSPITAL MILITAR REGIONAL**

USUARIO: **CONY** DISCAPACIDAD **Ninguna**

AFILIACION**Ene 27 1999** VENCE: **INDEFINIDO**

A12512375

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INSTRANSFERIBLE

Documento válido para uso de Servicios de Salud F.F.M.M. Según lo establece la ley 352 de 1997, el decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Debe presentar Documento Identidad y se debe verificar de que el afiliado este activo en el sistema.
En caso de pérdida por favor informar a la respectiva dirección de Sanidad Militar en término de 48 horas.
Si este carné es encontrado por favor informar al **PBX: 3238555 ext: 1301, 1314, 1315** Bogotá.
Correo Electrónico afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: b6e5c9a20428ac9627e3d90c00f839c673e91c501b58f416135acb4454dc1381d6f34ab2c5d638597c19aab4a358a3b4

No. FVSF 34579

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 17:03:50
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882364		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	121102	IRIDOTOMÍA ASISTIDA NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1977537 GOYENECHE LANDINEZ JOSE DOMINGO CC:5607942		UNIDAD	2.00	0	0.00	440,800.00	881,600.00

Son: Ochocientos Ochenta y Un Mil Seiscientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 17:04:04

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	881,600	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	881,600
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	881,600

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital o4XPnlQmAX7Ttf8vi8rtIk1G8Fs0maKF/gsoEeGev7OIDNco65zut5mPRp4M8v8uCKznLbkxghsHxR9jkXcZcksZiI9wqFdz/BIw7/vqUhAOEOBMMzDQNJwZfBhg2L3+X7h8hboJLbtcrtBEA4uc9Qoi5GwqxI2Kc78ljzyt7xiKyPXkWRcEMDrG5x6DcjPQVGImN13jvgEZlbgYweQkMdThHquGSG8Ft64MCBPgJckzYsMme+AVfS/WowU0PvxEMFXb/taZo2Z+PDTnybJeQgCWkltzztcIHWO1GWEFg4PnMf2sowsjhvL9PmMPUztOKtz2Zg1bC/DrRnYyjMU1MQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

FECHA: 16/07/2024 **HISTORIA No:** 5607942

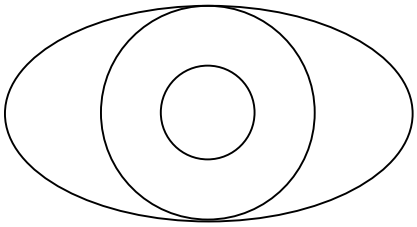
NOMBRE: JOSE DOMINGO GOYENECHE LANDINEZ

EDAD: 54.2 Años **EMPRESA:**

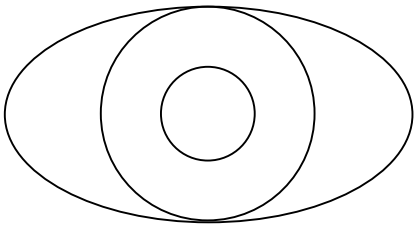
MEDICO TRATANTE: DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE

PROCEDIMIENTO IRIDOTOMIA YAG LASER

O.D.



O.I.



ENERGIA 3.0	**ENERGIA** 3.0
No DISPAROS 19	**No DISPAROS** 19
SPOT	**SPOT**

OBSERVACIONES SIN COMPLICACIONES

CONTROL CONTROL OFTALMOLOGIA YA TIENE ORDEN

TRATAMIENTO DICLOFENACO GOTAS OFTALMICAS 0.1% / 5ML APLICAR 1 GOTA CADA 8 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO DURANTE 1 SEMANA TOTAL 1 FRASCO

DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
1232391411



Recibo Nro. 882364

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 16, 2024
Fecha Facturación: Julio 16, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 16, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5607942 GOYENECHE LANDINEZ JOSE DOMINGO **Aut:1977537**

Edad: 54.2 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
121102 IRIDOTOMIA ASISTIDA	2	271,639.00	543,278.00

Son: QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	543,278.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	543,278.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fecha generación: 07/06/2024 14:48:22

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-05-267946 **FECHA SOLICITUD:** 6/7/24 2:47 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE DOMINGO GOYENECHE LANDINEZ
DOCUMENTO: 5607942
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SLP
FUERZA: EJC
REGIONAL: NORORIENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	Impresión Diagnóstica
H041	OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
TELÉFONO: 3158322263
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1977537	IRIDOTOMÍA ASISTIDA	121102	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: CAMARA ANTERIOR ESTRECHA, AMERITA IRIDOTOMIA Y ADEMAS AMERITA LUBRICANTE Y OPTOMETRIA, CONTROL 6 MESES
FECHA DE VENCIMIENTO: 07/06/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

Fecha y hora de generación: 27/05/2024 18:30:25

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-05-267946 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 5/27/24 6:29 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE DOMINGO GOYENECHE LANDINEZ
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: Calle 26 B 42 28 N
CORREO ELECTRÓNICO: goyeventos@hotmail.com
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: SLP
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Consulta Externa

FECHA DE NACIMIENTO: 26/05/1970
NÚMERO DE DOCUMENTO: 5607942
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
121102	IRIDOTOMÍA ASISTIDA	Oftalmología - SSFM	2

OBSERVACIÓN

CAMARA ANTERIOR ESTRECHA, AMERITA IRIDOTOMIA Y ADEMAS AMERITA LUBRICANTE Y OPTOMETRIA, CONTROL 6 MESES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA
Relacionado	H041	OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

HIPOTIROIDEO. OJO SECO . RIESGO DE GLAUCOMA POR ANGULO ESTRECHO, NO USA GAFAS ACUDE POR CONTROL

HALLAZGO

HIPOTIROIDEO. OJO SECO . RIESGO DE GLAUCOMA POR ANGULO ESTRECHO, NO USA GAFAS ACUDE POR CONTROL

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado. Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado. Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado. Orofaringe:No evaluado, Oidos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado. Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICROSCOPIA AO
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GII - III
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
CRISTALINO CON OPACIDAD INCIPIENTE
PIO 12 MMHV

FODNO DE OJO AO

EXCAVACION 0.3 ISNT NORMAL. MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA, VITREO CLARO .

Dr. Carlos Fernando Wanumen
Médico Oftalmólogo
Cornea - Segmento Anterior
C.C. 1127945741

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

CAMARA ANTERIOR ESTRECHA, AMERITA IRIDOTOMIA Y ADEMAS AMERITA LUBRICANTE Y OPTOMETRIA, CONTROL 6 MESES



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.607.942
GOYENECHE LANDINEZ
APELLIDOS
JOSE DOMINGO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1970
CAPITANEJO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

28-OCT-1992 CAPITANEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2700100-00118441-M-0005607942-20081031 0005113570A 1 24023964



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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD

No. C 5607942 EJC

SLP Activo
JOSE DOMINGO GOYENECHE LANDINEZ
Unidad de Atención: 7001 DIRECCION SANIDAD EJC
Usuario: 08 Discapacidad Ninguna
Afiliación: Aug 16 1993 Vence: PERM.GRADO

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: c8dd4a8513583bbdb70e65bb3205a1c10c8232aa38af1450f8fb21d1be23b36fae4d6c810a0f641c8a365510280ef536

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34583**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 17:47:21
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883141		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (RETINA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2037888 MÉNDEZ CASTELLANOS SARA CC:28161023		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 17:47:36

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
UzzbiH1rFusn1C0Xzp8Sx39ECzRhAuK+fQOkaS3caYREFRvT763SQK1vBDHTO9noE0ulpmHcPdeFI2vqyUzSh2gCjgf6OiXU8otK6INLO7ElFmCvUoxSlezdebi2iy7HUf
FTrRLD+fgxXUyYaXyg+HHne3PBkCCLL5pau1AoUfxSNk0th8d6pY1fpacNLJAVX4r21JtrDvFlS03y7CmTgLlE1T01575rjwy0TkslJsdNT8MjKPv8801KLo7/BiaYGTzaQs
Z5gg//Bf6xi0oCt8nJ5obub9fhA6iRONPTIWOUXO57ilztRdPvvzwEOmweCYEPuH+/4JG1q4swzKOHzw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Nombre: SARA MÉNDEZ CASTELLANOS
Documento: CC 28161023 Fecha de Nac: Enero 05, 1958
Entidad: Edad: 66.6 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3187837669
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 23, 2024

MOTIVO: PACIENTE CON CATARATA EN OI
ANTECEDENTES: HTA LOSARTAN
DM TIPO II METFORMINA
TRASTORNO NEUROLOGICO NO ESPECIFICADO.

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

HORA: 16:15

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CORNEA CLARA
CATARATA
FONDO DE OJO: O.D.:

FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.D.) Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
Diagnóstico Rel 1: (O.I.) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
PLAN:
PRGRAMAR VITRECTOMIA ANTERIOR + FACO + LIO OI SE RECOMIENDA VER MONO VISION OI
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497



Recibo Nro. 883141

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 23, 2024
Fecha Facturación: Julio 23, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 23, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 28161023 MÉNDEZ CASTELLANOS SARA **Aut:2037888**

Edad: 66.6 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	92,000.00	92,000.00

Son: NOVENTA Y DOS MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	92,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	92,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fecha generación: 13/06/2024 11:04:46

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-2037888 **FECHA SOLICITUD:** 6/13/24 11:03 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: SARA MENDEZ CASTELLANOS
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SVL
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 28161023
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2037888	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-6	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.**

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS **********
FECHA DE VENCIMIENTO: 13/06/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 13/06/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre SARA MÉNDEZ CASTELLANOS

Documento 28161023 **Fecha** Mayo 31, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890376) Ambos Ojos Cantidad: 2

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.161.023
MENDEZ CASTELLANOS
APELLIDOS
SARA
NOMBRES

Sara Mendez Castellanos
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1958
GUACA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
17-ENE-1976 GUACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-2700100-00143170-F-0028161023-20001227 0008803388A 1 6850002500

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 07177d56b9d99815ef2b4f71c160c39fc16dfca4a397b4df545236160e9d26c47a500d4bc11c29eb43c21c73a331af82

No. FVSF 34584

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 13/08/2024 17:53:41
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 12/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883640		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1958745 JURADO DE MANRIQUE. TULIA ALBERTINA CC:28238276		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00

Son: Doscientos Cincuenta y Siete Mil Ochocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-13 17:53:55

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	257,800	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	257,800
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	257,800

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
pYoBgeu4LuXZn/Jc6e/rpWZiQz+Trf3A+GLFrIs2iwtKozLUWQCRWkQfEvUJ0iQ8+LC0fnjyvk45oTJLbxyNtDzgGX6xu124+gopdXgRhDuELU+p2knn4SPZJLwR09f/MZXWvMKYkAcZy+79r7XufyPH5jVWPA8YnNrMh93vAJlsz2Dh6lufLl5nWw2ElJ2ZOaOiz12ptyMl5UnK5K9esBH3jnoo5jf/+33CRO5JmfUAK/+Gv9uw/azJ4fjGd3P2eNfebx9j/EXnTfIipEg1G4z5w6AyjYjVS3c921yiOdwf0tnXQQabF3uPXXnv2Vm7BQv14MYH8wo4VJ215KjWNg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s



Recibo Nro. 883640

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 26, 2024
Fecha Facturación: Julio 26, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 26, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 28238276 JURADO DE MANRIQUE. TULIA ALBERTINA **Aut:1958745**

Edad: 73.0 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951902 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	128,900.00	257,800.00

Son: DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	257,800.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	257,800.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fecha generación: 11/06/2024 07:17:08

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-06-1055073 **FECHA SOLICITUD:** 6/6/24 3:01 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: TULIA ALBERTINA JURADO DE MANRIQUE
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLR
REGIONAL: NORORIENTE
DOCUMENTO: 28238276
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra
ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H506	ESTRABISMO MECANICO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1958738	REINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	154001	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********OJO IZQUIERDO******

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1958739	RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	154003	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********OJO IZQUIERDO******

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1958740	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	130003	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********OJO IZQUIERDO******

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1958741	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	137003	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********OJO IZQUIERDO******

Fecha generación: 11/06/2024 07:17:08

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1958742	VITRECTOMIA ANTERIOR	147101	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********OJO IZQUIERDO******

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1958743	BIOMETRÍA OCULAR	952001	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********OJO IZQUIERDO******

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1958744	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********OJO IZQUIERDO******

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1958745	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS*****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS**********AMBOS OJOS******

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre TULIA ALBERTINA JURADO DE MANRIQUE.

Documento 28238276 **Fecha** Mayo 26, 2024

Entidad

S.S. / TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR - (951902) ✓ Ambos Ojos Cantidad: 2

Dr. Jorge Luis Pongo Valderas
OFTALMOLOGO - RETINOLOGO
R.M. 9036-11

Dx: H506 ESTRABISMO MECANICO

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.238.276
JURADO De MANRIQUE
APELLIDOS
TULIA ALBERTINA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1951
MALAGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

17-SEP-1973 MALAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2716000-00158349-F-0028238276-20090602 0012080209A 1 7400007732

Patient: JURADO, TULIA ALBERTINA
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease:

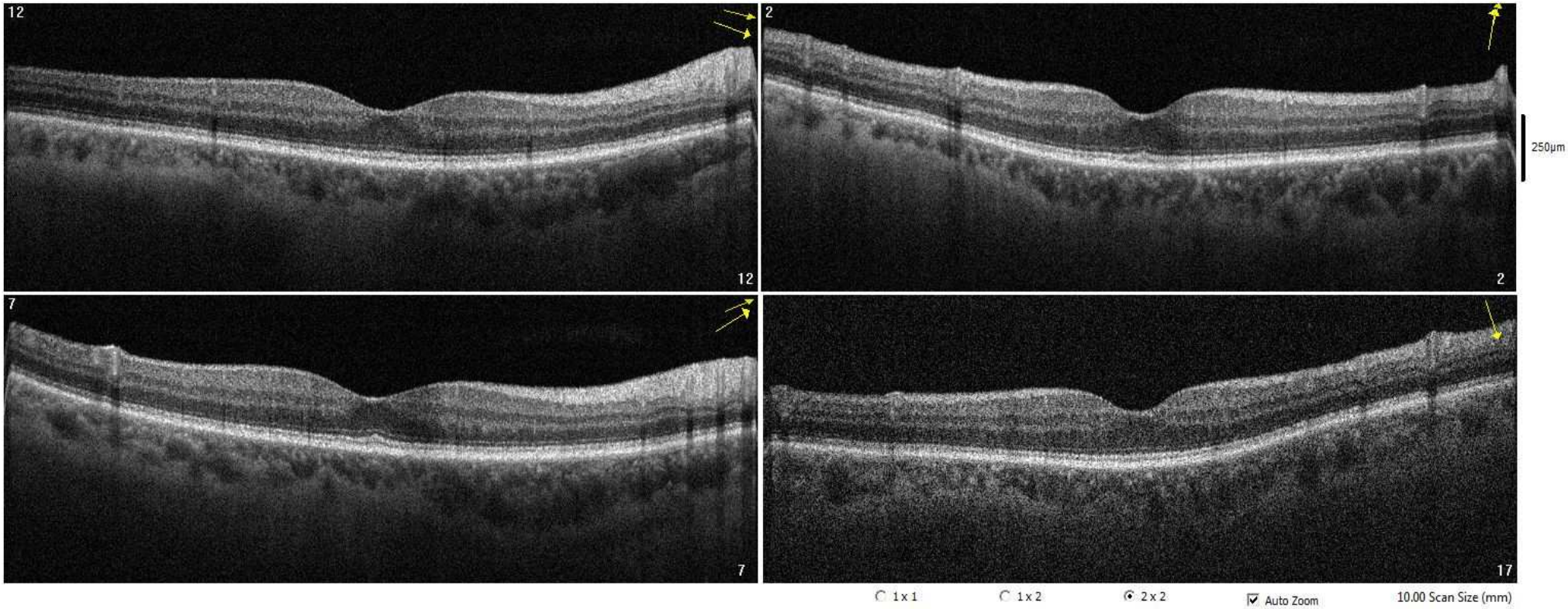
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 28238276

Exam Date: 26/07/2024
DOB(age): 20/08/1951 (72)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

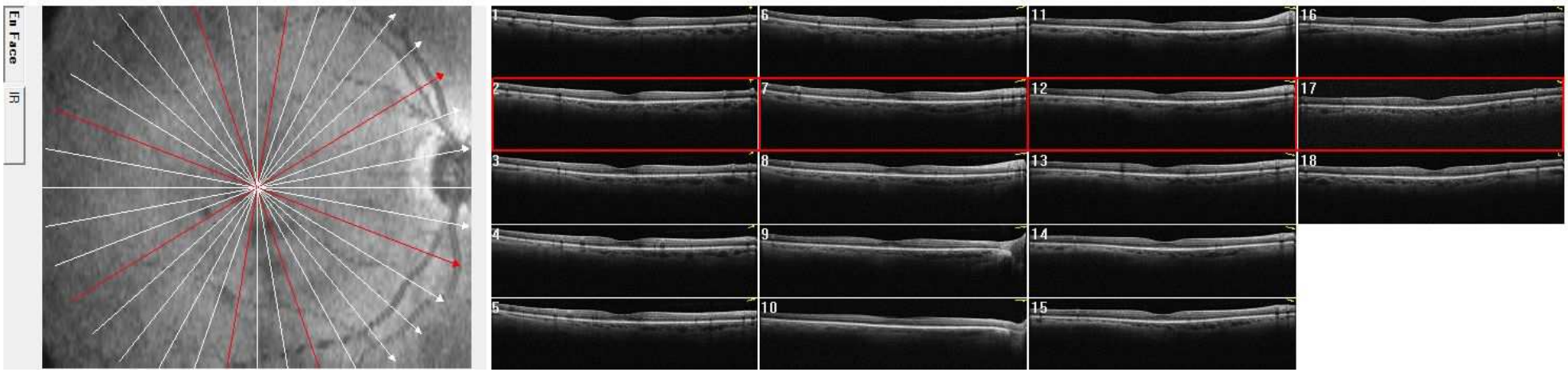
Radial Lines

Signal Strength Index 61

Right / OD



1 x 1 1 x 2 2 x 2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Report Date: viernes 26/07/2024 16:29:12 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: JURADO, TULIA ALBERTINA
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease:

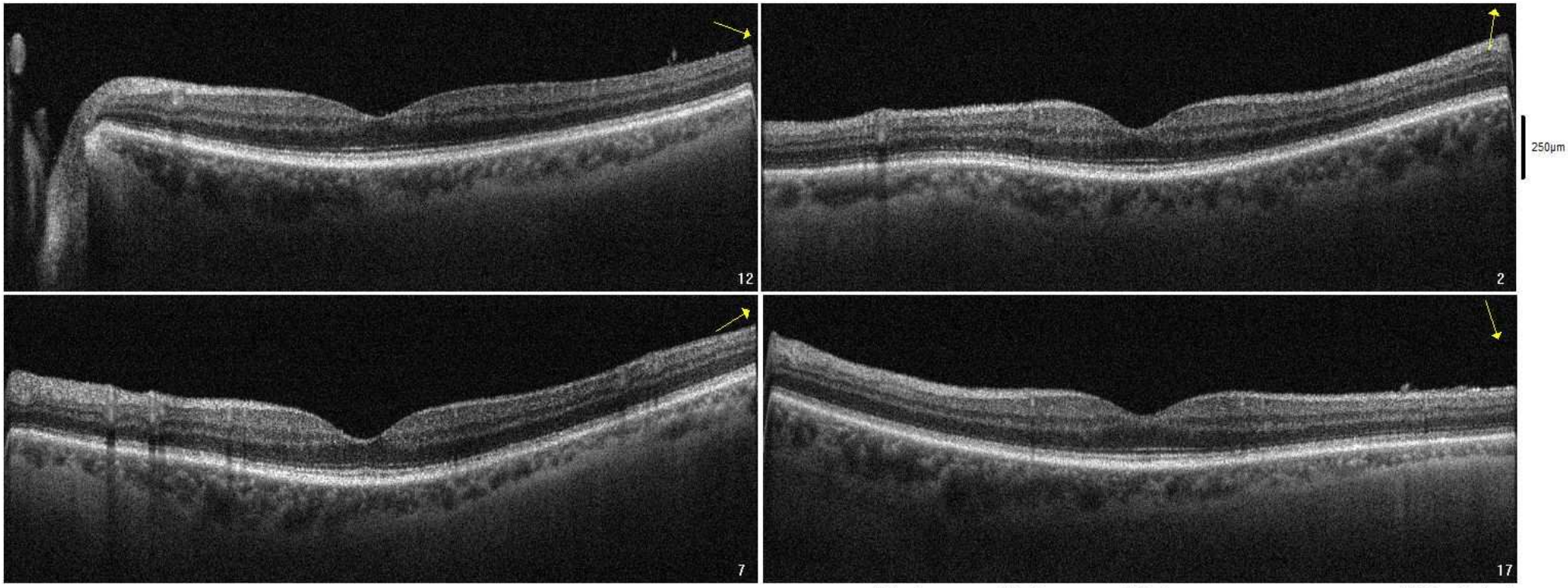
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 28238276

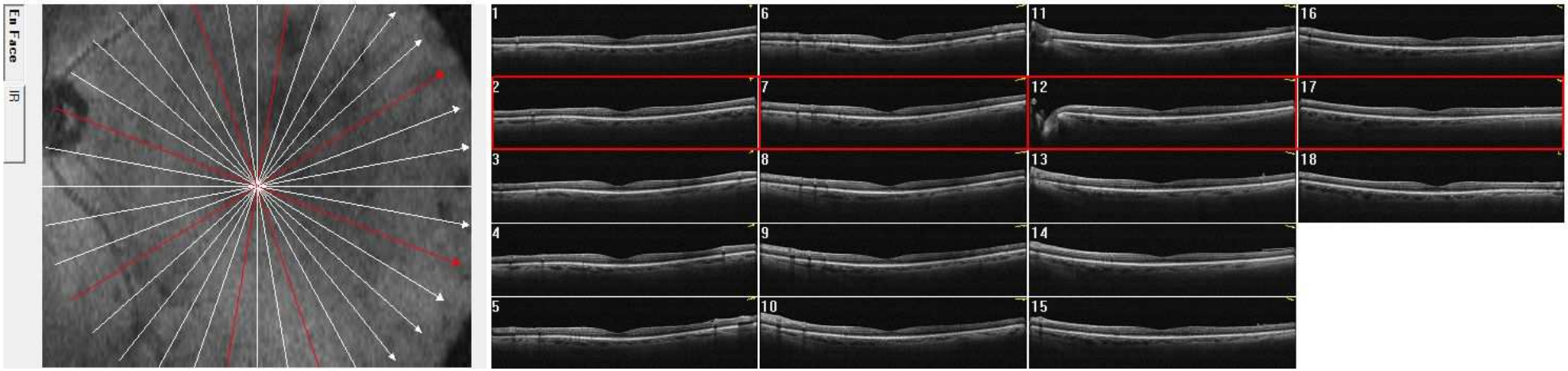
Exam Date: 26/07/2024
DOB(age): 20/08/1951 (72)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines

Signal Strength Index 54

Left / OS





Report Date: viernes 26/07/2024 16:29:30 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: JURADO, TULIA ALBERTINA
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease:

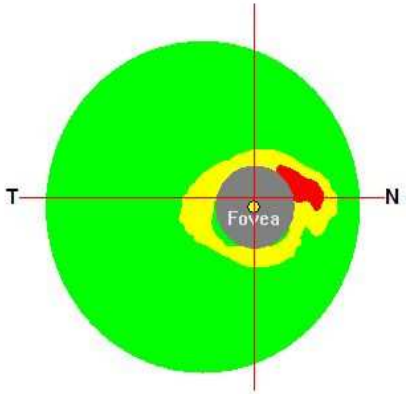
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 28238276

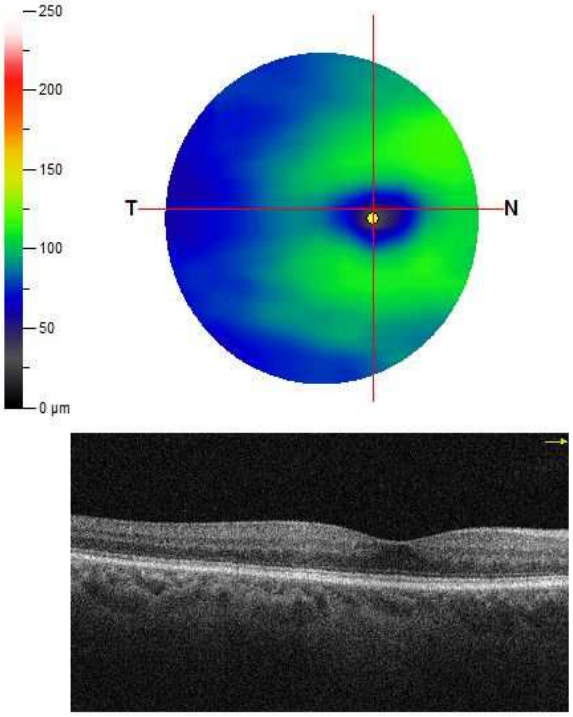
Exam Date: 26/07/2024
DOB(age): 20/08/1951 (72)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

GCC OU Report

Right / OD

Exam Date: 26/07/2024 16:22:19



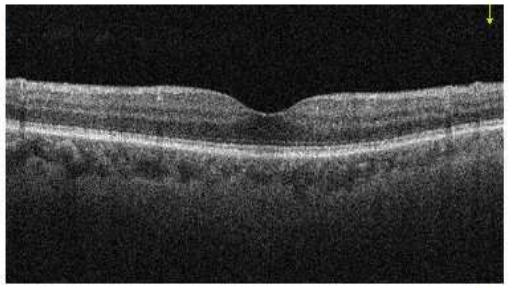


63 Signal Strength Index 54

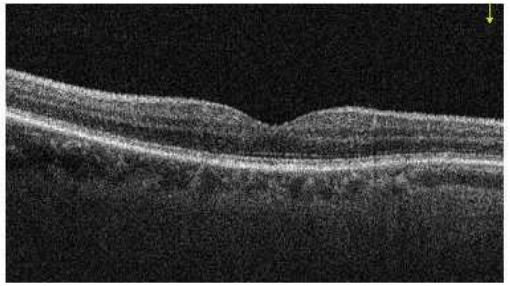
GCC Analysis	OD	OS
Average GCC (µm)	90	86
Superior GCC (µm)	90	88
Inferior GCC (µm)	90	84
FLV (%)	1.72	4.18
GLV (%)	5.46	9.20

p>5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal

OD



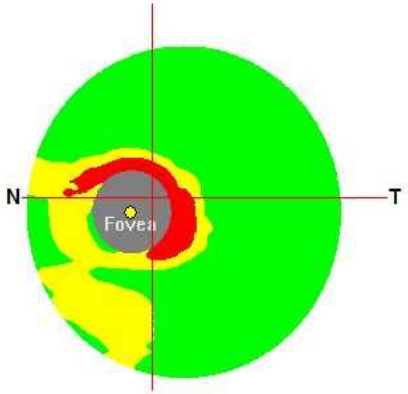
OS

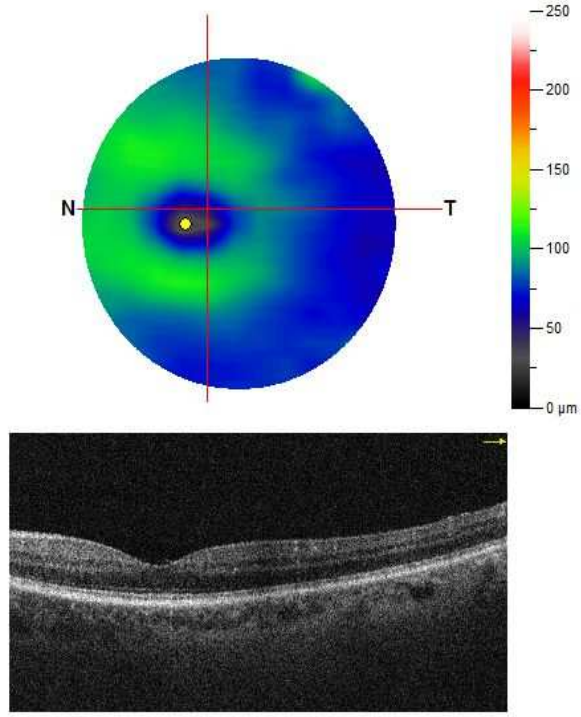


Auto Zoom

Left / OS

Exam Date: 26/07/2024 16:23:51





Report Date: viernes 26/07/2024 16:29:51 Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: JURADO, TULIA ALBERTINA
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease:

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 28238276

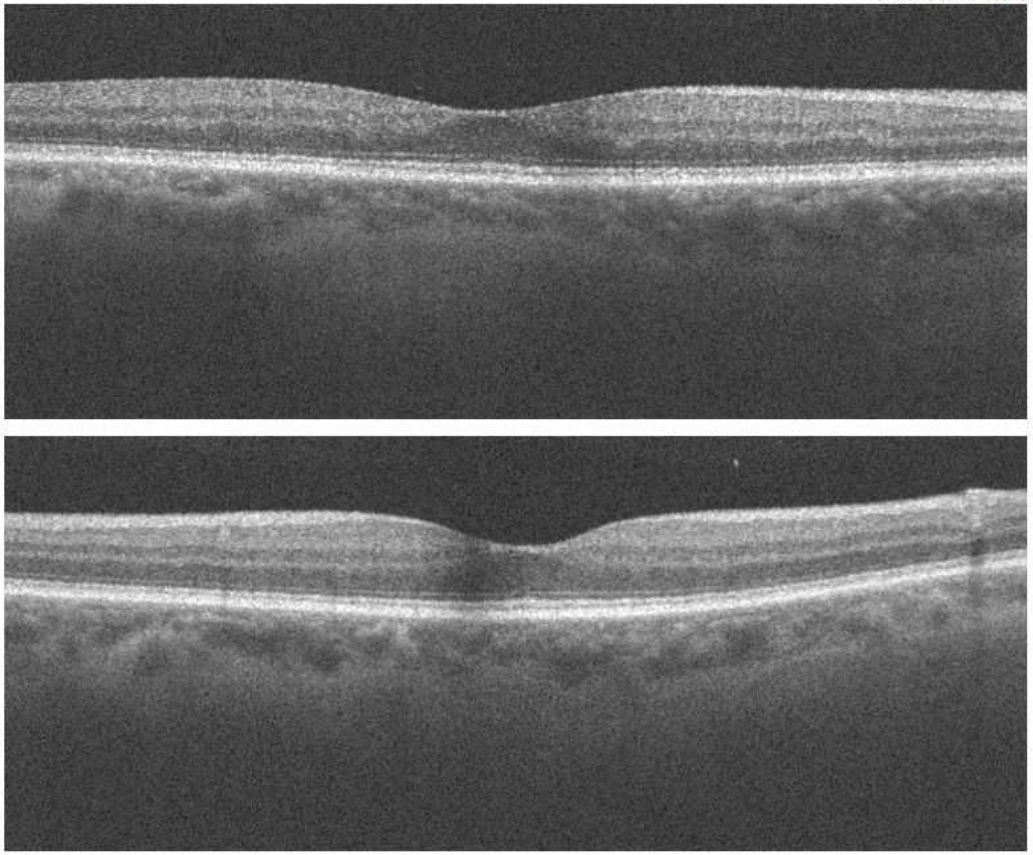
Exam Date: 26/07/2024
DOB(age): 20/08/1951 (72)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

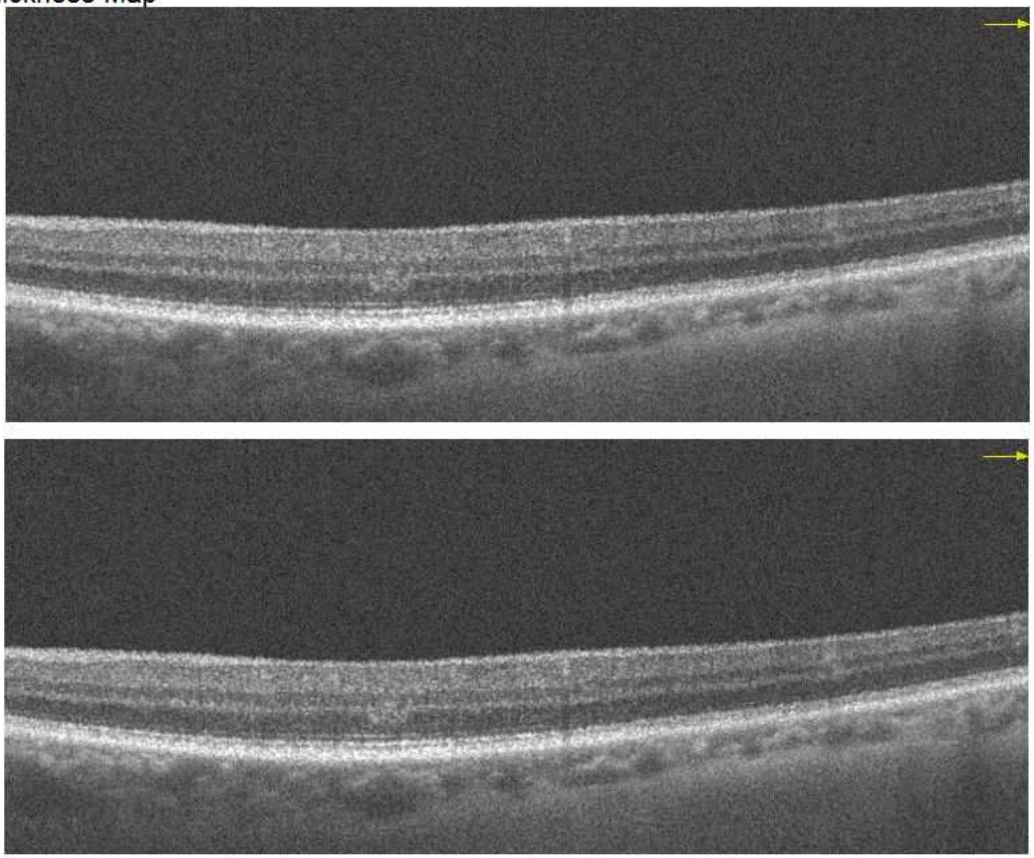
Retina Map OU Report

Full Retina Thickness Map

Right / OD

Left / OS

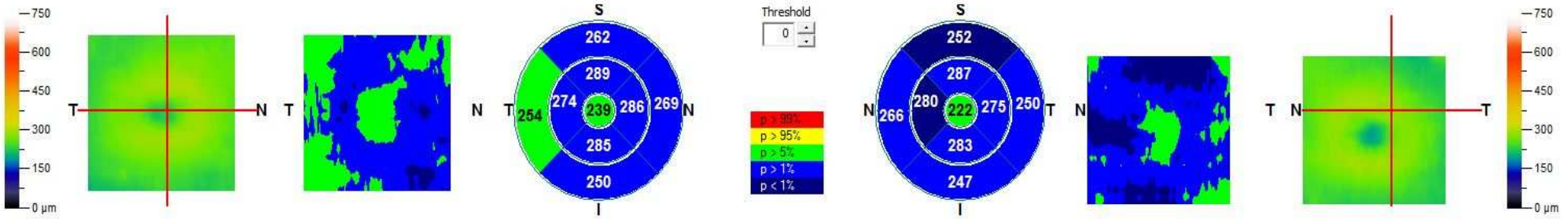




Exam Date: 26/07/2024, SSI = 60.2

Exam Date: 26/07/2024, SSI = 54.9

Auto Zoom



NDB Reference from Normal Map

NDB Reference from Normal Map

Report Date: viernes 26/07/2024 16:28:47

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 0c18076148d42c29a6eda8024743b0475be000be1299c77d302ff8778b966b6fc3025fbc1f1406ef1b7aa72e37f376f7

No. FVSF 34586

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 08:14:23
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883750		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (RETINA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1024075 GONZALEZ DE OTERO DORA CC:28423019		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 08:14:37

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
Zlp8pswdzn9bceASKxRoZ7mygDpoP0BWXXdCx9OogLLSz4ht085d3XeWhCsp7DYjObws9amPnxsWxs09pPTQ8oQz34WBedf4q5iHogtq7PNBidp7KCikJo8lP0e13kZ
EiMxI2nmqmk0N7TcpkqpVhT8mm9PvU3RDl+Yb0KpbYkVosgM4Lg6JxWNiekvKzPwbnlJ46m5YNGS8GBUMjZ/L3DDXb4ME24vVyUDZTeKcDovA9SiXOXYSAxfH1hZ
LspIhJTAVwazI/cKDkZQyRQMifCa8n3d1CyUv8DLIA2Yk0aVEkkUeCnF+AM1PZ9rYrg4paCe0eosVwSTK+5SJeYVDCQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Nombre: DORA GONZALEZ DE OTERO
Documento: CC 28423019
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Abril 03, 1953
Edad: 71.4 Sexo: F
Teléfono: 3223216881
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 29, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: PACIENTE CON MALA AV EN OD
ANTECEDENTES:

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

HORA: 11:47

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CATARATA ++
BIOMICROSCOPIA: O.I.:

FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
FONDO DE OJO: O.I.:

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
Diagnóstico Rel 1: (O.D.) H262 CATARATA COMPLICADA
PLAN:
VITRECTOMIA ANTERIRO + FACO + LIO OD
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497



Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Recibo Nro. 883750

Fecha Servicio: Julio 29, 2024
Fecha Facturación: Julio 29, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 29, 2024
RESP: P6

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 28423019 GONZALEZ DE OTERO DORA **Aut:1024075**

Edad: 71.4 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	92,000.00	92,000.00

Son: NOVENTA Y DOS MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	92,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	92,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fecha generación: 03/04/2024 07:46:28

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-04-1024075 **FECHA SOLICITUD:** 4/2/24 12:23 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: DORA GONZALEZ DE OTERO
DOCUMENTO: 28423019
MUNICIPIO: SOCORRO
DEPARTAMENTO: SANTANDER
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ARTILLERÍA DE CAMPAÑA NO 5 "CAPITAN
CODIGO ESM O UPGD: 687558082080
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SI
FUERZA: EJC
REGIONAL: NORORIENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 N° 37-37
TELÉFONO: 3158322263
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1024075	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-6	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: USUARIO CON DIAGNOSTICO DE CATARATA SENIL NUCLEAR REQUIERE DE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA
FECHA DE VENCIMIENTO: 02/04/2025

AUTORIZADA POR: _____

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 02/04/2025

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.423.019
GONZALEZ De OTERO

APELLIDOS
DORA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1953
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 | B+ | F

ESTATURA | G.S. RH | SEXO

11-JUN-1975 SOCORRO

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2719900-00156069-F-0028423019-20090512 0011407705A 1 26394373

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre DORA GONZALEZ DE OTERO

Documento 28423019 **Fecha** Marzo 21, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS - (890202) Ojo Izquierdo Cantidad: 1

Observación: CONTROL RESULTADOS. RETINA

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

JORGE PONGO V
R.M. 9036/11
OFTALMÓLOGO

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: e2cd9d4651c0f2811947d17d93198b09d922d42de15398d5209073c4d2eed0761d67d0372b00a886302b8e2db36d7ac2

No. FVSF 34590

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 08:47:01
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882025		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 113525 ANCHICOQUE DE EPARZA BETRIS CC:27929494		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00

Son: Doscientos Cincuenta y Siete Mil Ochocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 08:47:16

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	257,800	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	257,800
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	257,800

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
sExeH40ldiDL2EOAh+BC609JFGysO8Vg8Vv6jvrZqFb0r03u/nnsk2EfefJ9a6W5y8q9O3j8B10Qn2IZFoiZwxrGK9CEYJoVtN5o9e2qb7aCWORZusYbcpa3UkA9QCAeU
89PxbqHZxINXVsplX6NEf8PUubqxm9EHxhG1N+f+PDUbOP2nKFzZtt8mD+CGg3jNMpYOXH2eMrsDKaufkd88qrdShNInI5DG1uZDN4cGlAIzEeL7AnJDgMotT8kLYIp
9YMWCj61ObWLm0IQMJE6SLdpvzzpguWAkAWqSClLIAFiJnd7IPpA1Y0K1As26iU4FH5HWZ5BgbBBHDpNrabENQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Patient: ANCHICOQUE, BETRIS
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: DEGENERACION MACULAR

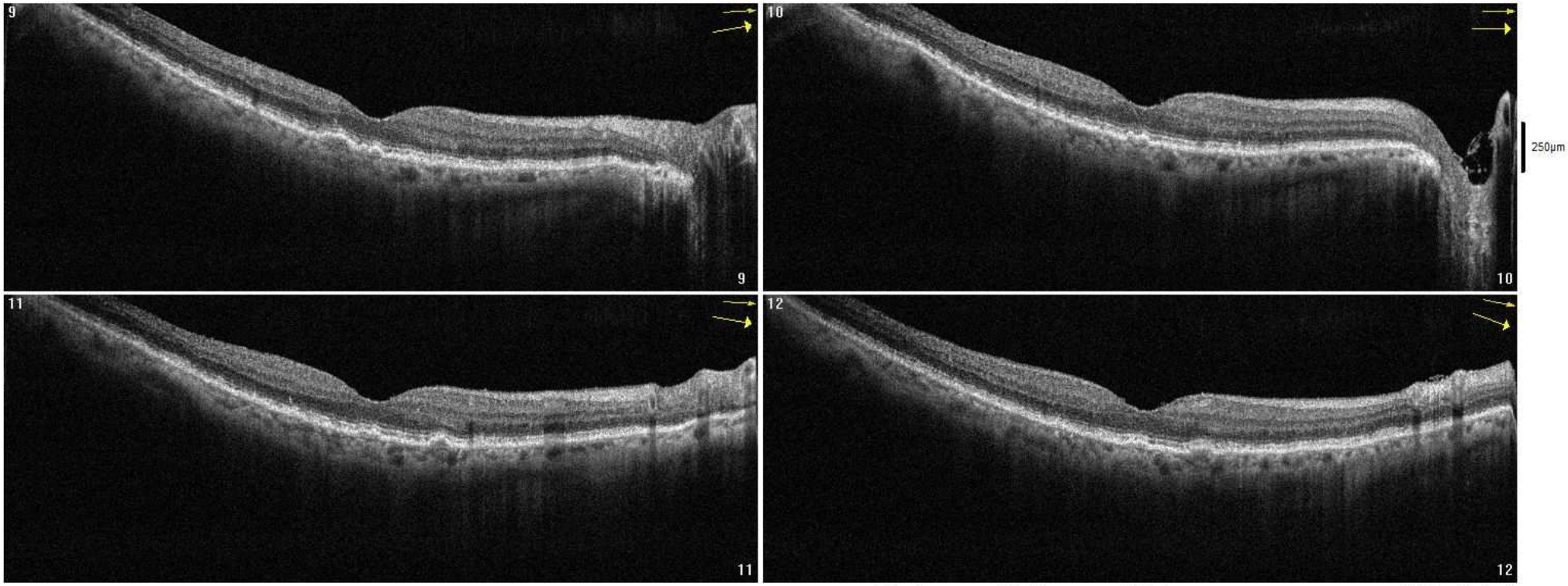
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 27929494

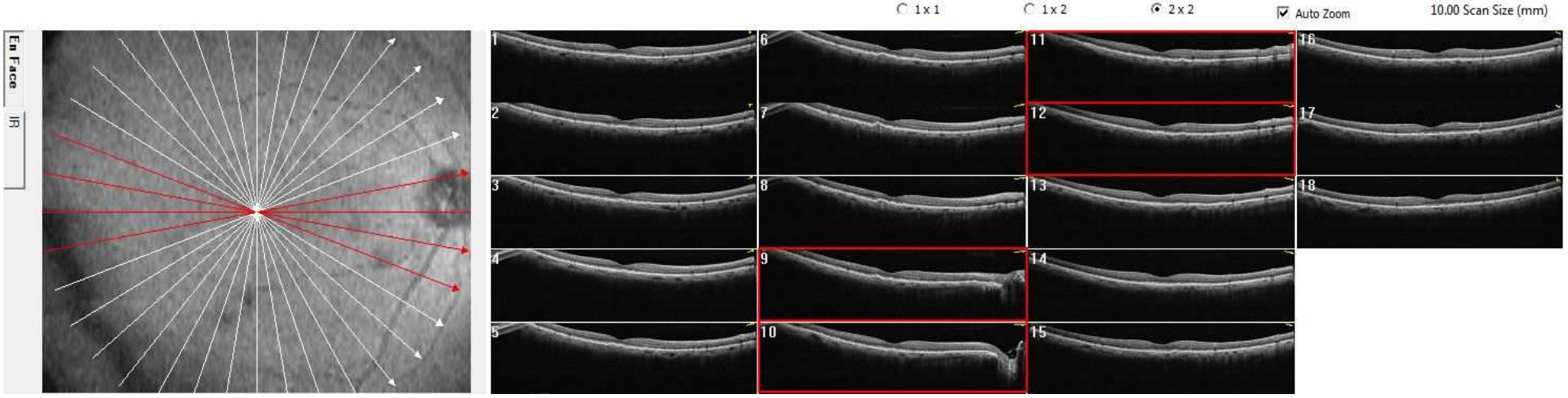
Exam Date: 11/07/2024
DOB(age): 04/06/1939 (85)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines

Signal Strength Index 64

Right / OD





Report Date: jueves 11/07/2024 17:11:21 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: ANCHICOQUE, BETRIS
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: DEGENERACION MACULAR

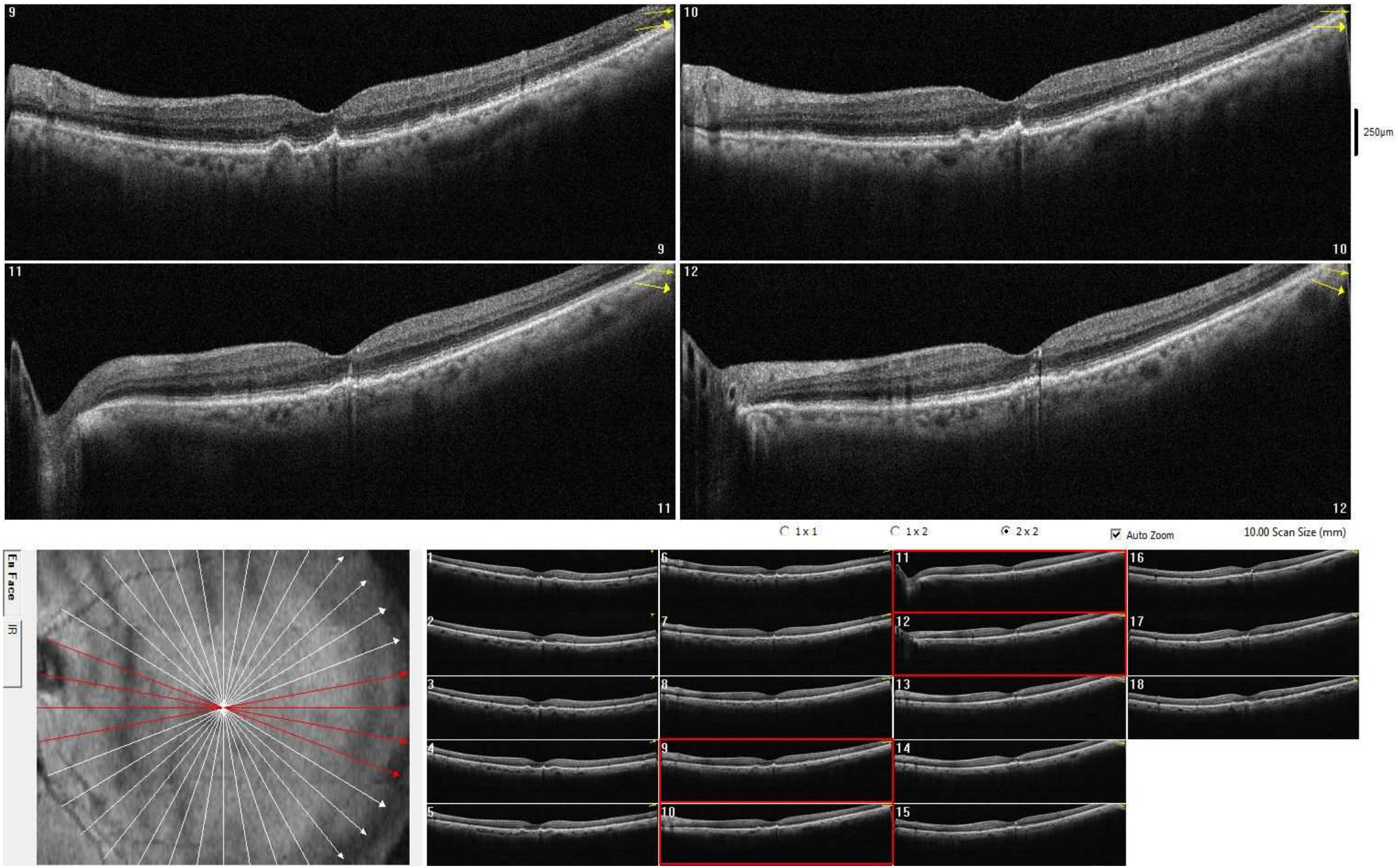
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 27929494

Exam Date: 11/07/2024
DOB(age): 04/06/1939 (85)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines

Signal Strength Index 59

Left / OS



Report Date: jueves 11/07/2024 17:11:43 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: ANCHICOQUE, BETRIS
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: DEGENERACION MACULAR

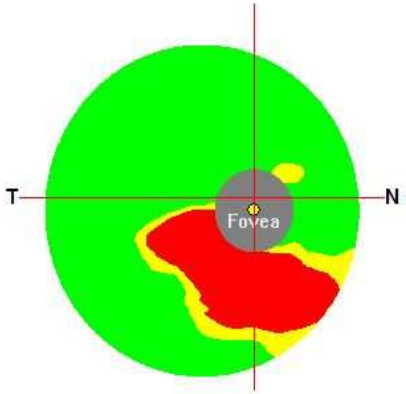
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 27929494

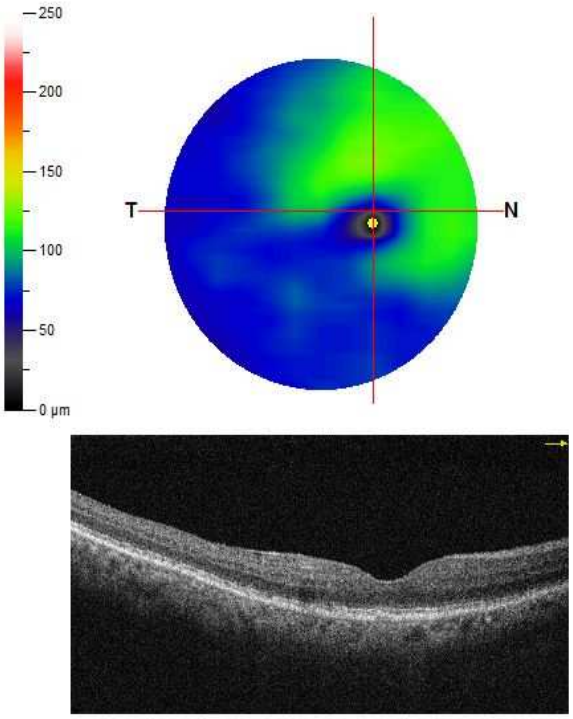
Exam Date: 11/07/2024
DOB(age): 04/06/1939 (85)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

GCC OU Report

Right / OD

Exam Date: 11/07/2024 17:08:48



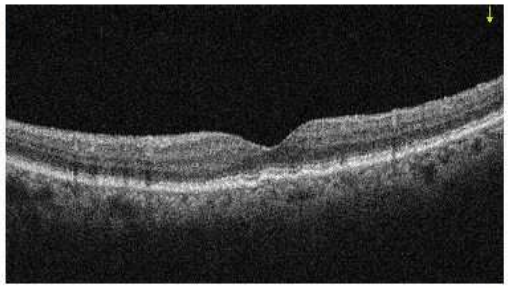


62 Signal Strength Index 64

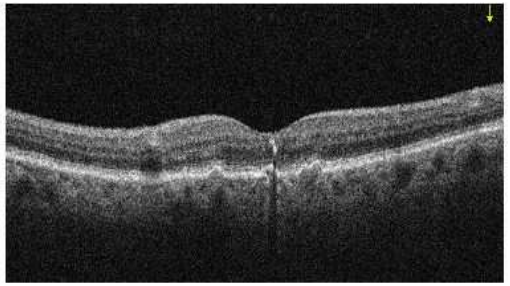
GCC Analysis	OD	OS
Average GCC (µm)	86	98
Superior GCC (µm)	95	102
Inferior GCC (µm)	77	94
FLV (%)	6.12	0.78
GLV (%)	9.76	1.15

p>5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal

OD



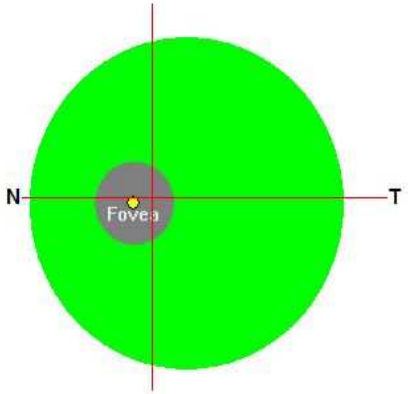
OS

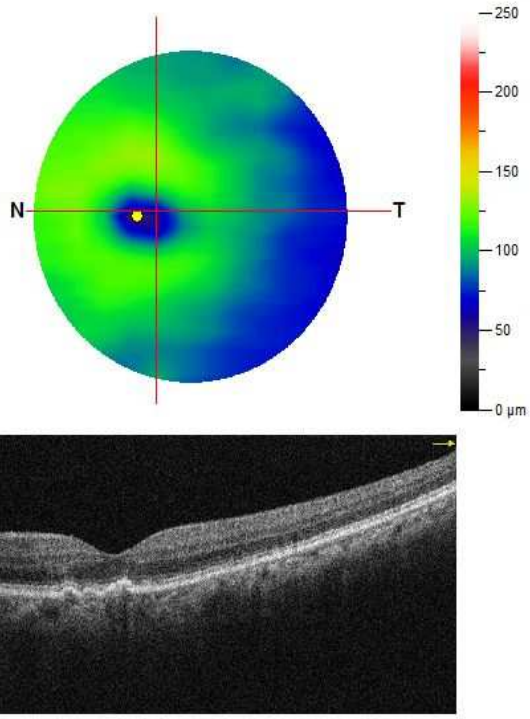


Auto Zoom

Left / OS

Exam Date: 11/07/2024 17:10:19





Report Date: jueves 11/07/2024 17:12:08 Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: ANCHICOQUE, BETRIS
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator: BAYONA, FREDY
Disease: DEGENERACION MACULAR

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Female
ID: 27929494

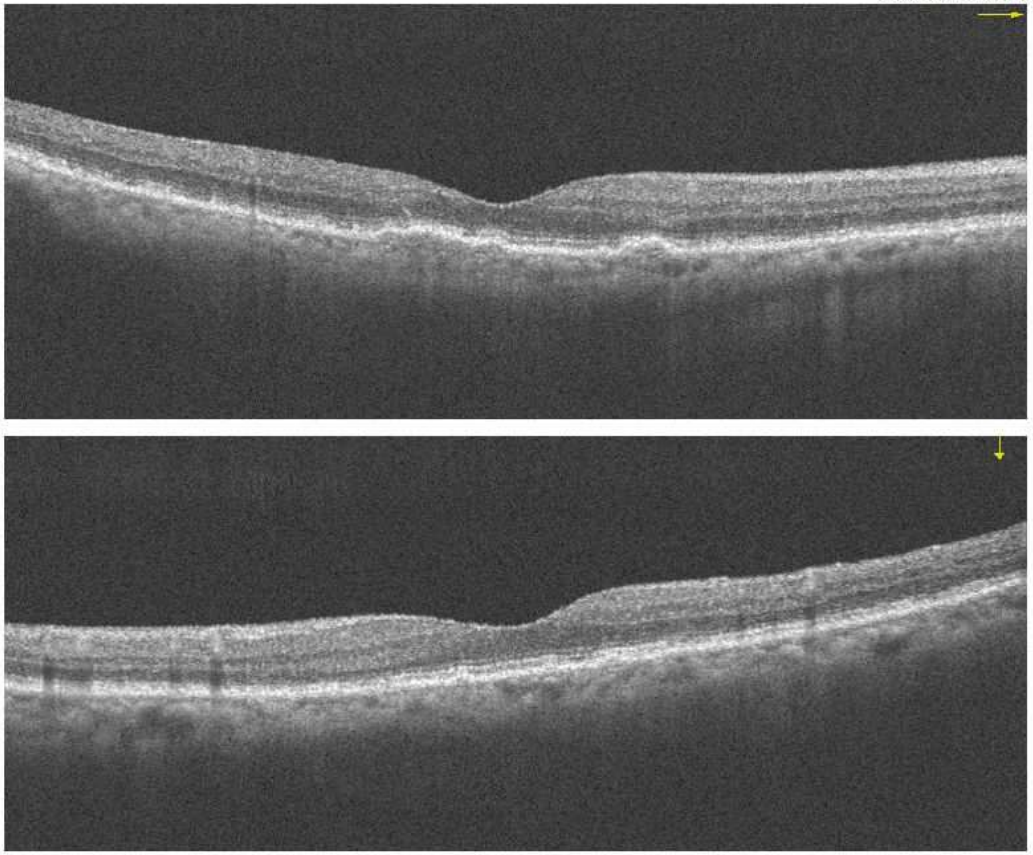
Exam Date: 11/07/2024
DOB(age): 04/06/1939 (85)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

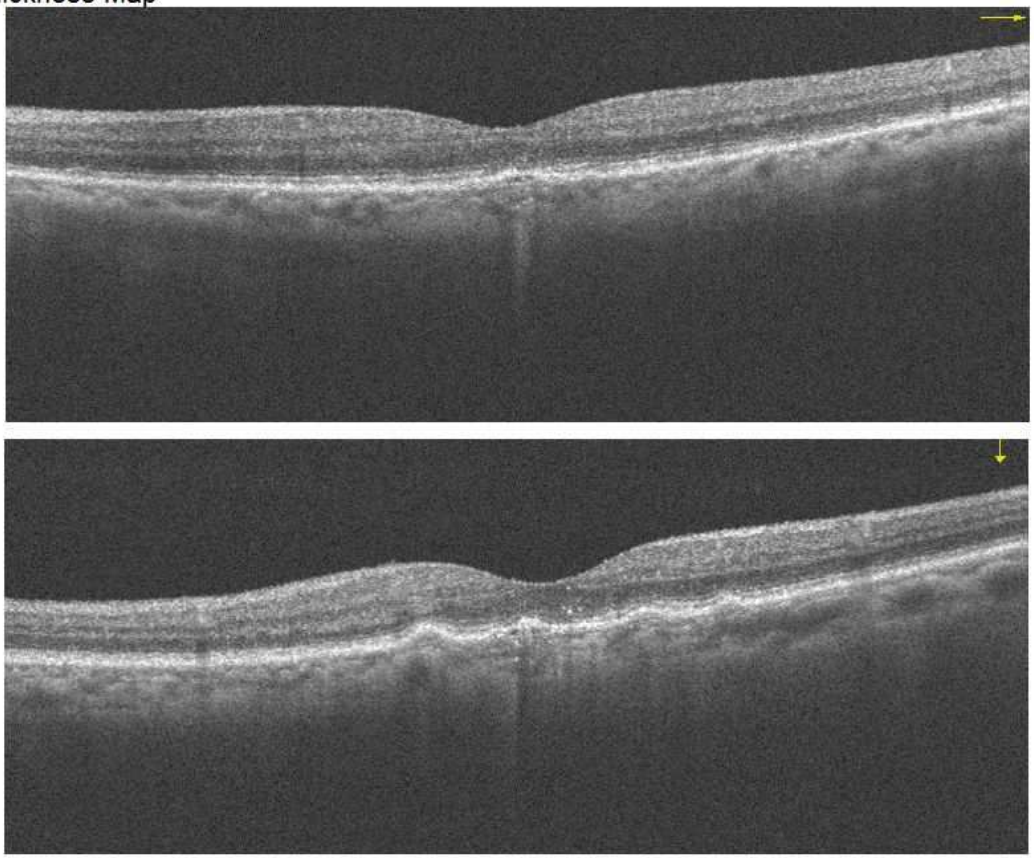
Retina Map OU Report

Full Retina Thickness Map

Right / OD

Left / OS

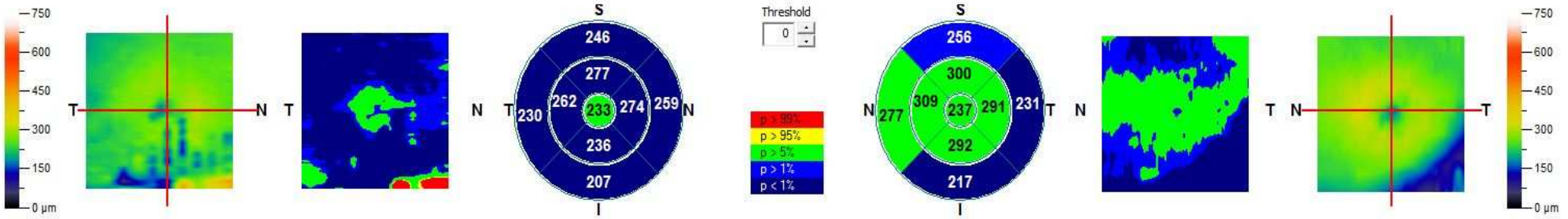




Exam Date: 11/07/2024, SSI = 37.2

Exam Date: 11/07/2024, SSI = 59.2

Auto Zoom



NDB Reference from Normal Map

NDB Reference from Normal Map

Report Date: jueves 11/07/2024 17:10:57

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Recibo Nro. 882025

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 11, 2024
Fecha Facturación: Julio 11, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 11, 2024
RESP: UZ

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 27929494 ANCHICOQUE DE EPARZA BETRIS **Aut:113525**

Edad: 85.2 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951902 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	128,900.00	257,800.00

Son: DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	257,800.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	257,800.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fecha generación: 21/03/2024 15:42:51

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-03-113525 **FECHA SOLICITUD:** 3/21/24 3:41 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: BEATRIZ ANCHICOQUE DE ESPARZA
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: DE
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 27929494
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-03-928496	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmología - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS. TRANSCRIPCION DE ANEXO RELACIONADO POR LA IPS AUTORIZACIÓN ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACIÓN DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE DE LA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACIÓN N°1407

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PSEUDOFAQUIA AO OK, POSIBE DMRE AO MAS OI . SE SPERA OPTOMETRIA . Y SE PIDE OCT, CONTROL 3 MESES

FECHA DE VENCIMIENTO: 21/03/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

Fecha y hora de generación: 12/03/2024 11:58:38

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-03-113525 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 3/12/24 11:57 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: BEATRIZ ANCHICOQUE DE ESPARZA
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: Carrera 33 A 31 A 12 N
CORREO ELECTRÓNICO: oscaresparzaa@gmail.com
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: DE
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 04/06/1939
NÚMERO DE DOCUMENTO: 27929494
CELULAR O TELÉFONO: 63212723
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Fernando Ulloa S.
Médico Oftalmólogo
Córnea - Segmento Anterior
C.C. 1127345741

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Oftalmología - SSFM	2

OBSERVACIÓN

PSEUDOFAQUIA AO OK, POSIBE DMRE AO MAS OI . SE SPERA OPTOMETRIA . Y SE PIDE OCT, CONTROL 3 MESES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

HTA, PSEUDOFAQUIA AO . , USA GAFS DE CERCA,ACUDE POR VER BORROSO AUN CON GAFAS

HALLAZGO

HTA, PSEUDOFAQUIA AO . , USA GAFS DE CERCA,ACUDE POR VER BORROSO AUN CON GAFAS

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICROSCOPIA AO
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
LIO EN SACO
PIO 12 MMHG

FONDO DE OJO AO
EXCAVACION 0.3 ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA OPACA, RETINA APLICADA, VITREO CLARO .

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PSEUDOFAQUIA AO OK, POSIBE DMRE AO MAS OI . SE SPERA OPTOMETRIA . Y SE PIDE OCT, CONTROL 3 MESES

DIAGNÓSTICOS

CL 44#37-37 Cabecera 30min Antes
3:00PM 11/07/24

Fecha y hora de generación: 12/03/2024 11:58:38

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
TELÉFONO O CELULAR: 6350070
SERVICIO SOLICITADO: Oftalmología - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial
SERVICIO QUE SOLICITA: Oftalmología - SSFM

Dr. Carlos Fernando Utrera S.
Medico Oftalmologo
Cornea - Segmento Anterior
C.C. 1127345741



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.929.494
ANCHICOQUE De ESPARZA
APELLIDOS
BEATRIZ
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1939
GUACA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-SEP-1961 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2700100-00157735-F-0027929494-20090528 0011865388A 1 6860008360

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 0275a44b70d1dd4310929db2e17c343b286913dd230f7a10c6e90ef4c72b966a24d0cfbb87692835dda8f65f026c9487

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34593**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 09:11:03
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882304		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	952001	BIOMETRIA OCULAR		UNIDAD	2.00	0	0.00	38,000.00	76,000.00
2	950610	NUMERO DE AUTORIZACIÓN:1909134 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		UNIDAD	2.00	0	0.00	61,500.00	123,000.00
3	951302	NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1909135 ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1909135 QUINTERO MERCHAN SCARLETH ALANNA TI:1072111123		UNIDAD	2.00	0	0.00	110,000.00	220,000.00

Son: Cuatrocientos Diecinueve Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 09:11:17

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	419,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	419,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	419,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital RXhfCZE/g+pPTRRAntiwuXYlxIfvlQq4POsP9NrotibtlHgUnptLu/CucESuhedgrhO/DGe5et5SVOwwztgq3YMGAqpli0Tw2AIGa58A8YyF9ryvKtYF1Wg8iAjTl5BTvZ9dx++sSq6dsXwvW6MCgsWZ6kDx++LmX2SCogkjXYyRizbSC5pU8VuGOAoonBxRdMeu9zfnFdNwVTBeR55mD0X//1aIrjXXb2nqNLHzCJFKPsGGpYfMqtV7zAnklccugF7S/NgFigU2IUopqKI4pi4/NaMJGT5ZKSiiMzw/n/JjuoD351ZqccoAEoCnl7wrY2hhZpnHRrbpT6jwUxgZlg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES



Recibo Nro. 882304

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 15, 2024
Fecha Facturación: Julio 15, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 15, 2024
RESP: UZ

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: TI 1072111123 QUINTERO MERCHAN SCARLETH ALANNA **Aut:1909135**

Edad: 8.0 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951302 ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	2	115,000.00	230,000.00
950610 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	2	63,250.00	126,500.00
952001 BIOMETRIA OCULAR	2	41,400.00	82,800.00

Son: CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	439,300.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	439,300.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fecha generación: 04/06/2024 11:01:45

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-06-1909134 **FECHA SOLICITUD:** 6/4/24 11:00 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: SCARLETH ALANNA QUINTERO MERCHAN
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLR
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 1072111123
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: ARC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Q120	CATARATA CONGENITA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 N° 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1909134	BIOMETRÍA OCULAR	952001	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE TRANSCRIBE Y AUTORIZA ORDEN MEDICA DEL LA DRA LUZ ANDREA GARCIA LANCHEROS OFTALMOLOGA PEDIATRA

DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: Q120 CATARATA CONGENITA AO

FECHA DE VENCIMIENTO: 04/06/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 04/06/2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.072.111.123**

QUINTERO MERCHAN

APELLIDOS

SCARLETH ALANNA

NOMBRES

Scarleth Alanna

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-2016**

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-JUL-2034 FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G.S. RH

F SEXO

21-JUL-2023 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2700150-01393219-F-1072111123-20231106 **01369**98309A 2 8508903438

Fecha generación: 04/06/2024 11:01:37

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-06-1909135 **FECHA SOLICITUD:** 6/4/24 11:00 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: SCARLETH ALANNA QUINTERO MERCHAN
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLR
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 1072111123
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: ARC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Q120	CATARATA CONGENITA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1909135	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	951302	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE TRANSCRIBE Y AUTORIZA ORDEN MEDICA DEL LA DRA LUZ ANDREA GARCIA LANCHEROS OFTALMOLOGA PEDIATRA

DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: Q120 CATARATA CONGENITA AO

FECHA DE VENCIMIENTO: 04/06/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 04/06/2025

Fecha generación: 04/06/2024 11:01:25

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-06-1909136 **FECHA SOLICITUD:** 6/4/24 11:00 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: SCARLETH ALANNA QUINTERO MERCHAN
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLR
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 1072111123
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: ARC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Q120	CATARATA CONGENITA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1909136	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE TRANSCRIBE Y AUTORIZA ORDEN MEDICA DEL LA DRA LUZ ANDREA GARCIA LANCHEROS OFTALMOLOGA PEDIATRA

DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: Q120 CATARATA CONGENITA AO

FECHA DE VENCIMIENTO: 04/06/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 04/06/2025

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

Apellido: **QUINTERO, SCARLETH**
No. ident.: **1072111123**
Fecha de nacimiento: **19/07/2016**
Fecha medición: **11/07/2024**

Operador: **FUNDACION**
Fórmula: **SRK®/T**

n: **1.3375**

ZEISS

Datos preoperatorios:

AL: **22.00 mm (*)**
K1: **41.72 D / 8.09 mm @ 163°**
K2: **43.77 D / 7.71 mm @ 73°**
Equiv. esf.: **42.75 D**
Cil.: **-2.05 D @ 163°**
R: **7.90 mm (SD = 0.00 mm)**

Refr. aspirada: **0.05 D**
ACD ópt.: **2.89 mm**

Agudeza visual:
Refracción:
Estado: **Fáquico**

OD

ojo derecho

ACRYFOLD		EYECRIL ACTVDIYH600		EYECRIL PLUS ASHFY60		EYECRIL PLUS-600ROH	
Const. A:	118.4	Const. A:	118	Const. A:	118.5	Const. A:	118.7
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
27.5	-1.03	27.0	-1.12	27.5	-0.91	28.0	-1.04
27.0	-0.65	26.5	-0.73	27.0	-0.53	27.5	-0.67
26.5	-0.27	26.0	-0.35	26.5	-0.16	27.0	-0.30
26.0	**0.10**	**25.5**	**0.03**	**26.0**	**0.21**	**26.5**	**0.07**
25.5	0.47	25.0	0.40	25.5	0.57	26.0	0.43
25.0	0.83	24.5	0.77	25.0	0.93	25.5	0.79
24.5	1.19	24.0	1.14	24.5	1.29	25.0	1.14
Emet. IOL: 26.13		Emet. IOL: 25.54		Emet. IOL: 26.29		Emet. IOL: 26.60	

Datos preoperatorios:

AL: **22.23 mm (!) (SD = 5.03 mm, SNR = 55.2)**
K1: **41.06 D / 8.22 mm @ 1°**
K2: **44.23 D / 7.63 mm @ 91°**
Equiv. esf.: **42.64 D**
Cil.: **-3.17 D @ 1°**
R: **7.93 mm (SD = 0.00 mm)**

Refr. aspirada: **0.05 D**
ACD ópt.: **3.38 mm**

Agudeza visual:
Refracción:
Estado: **Fáquico**

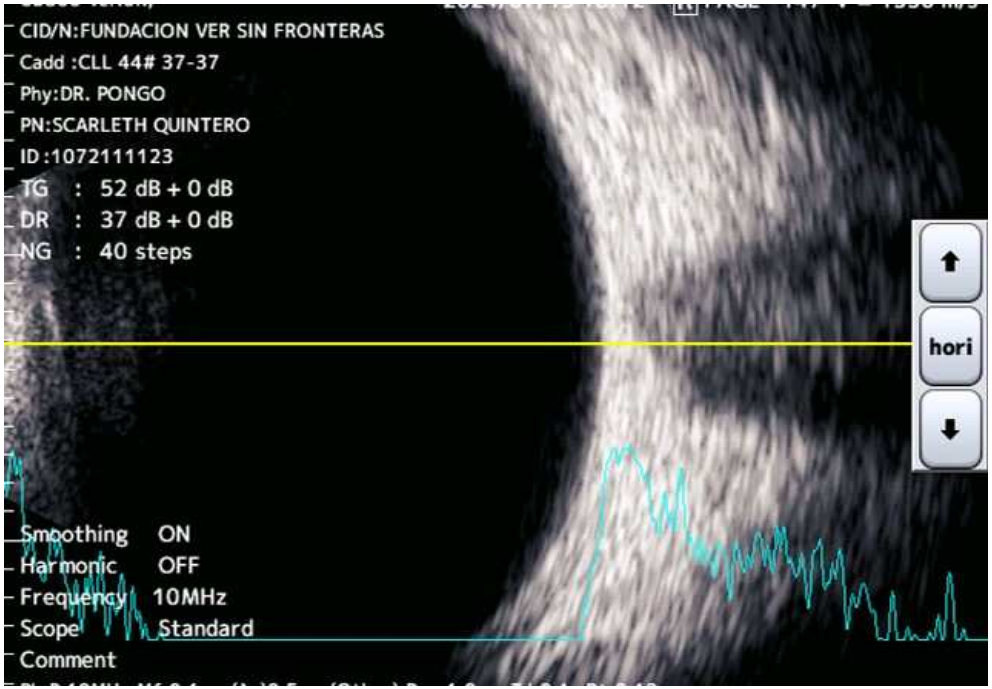
OS

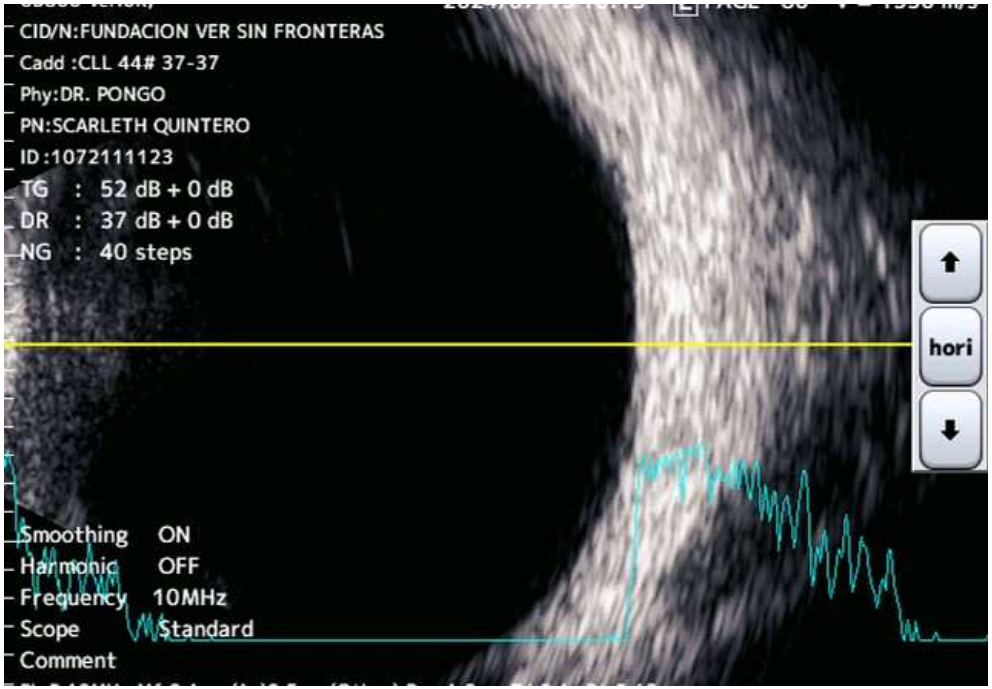
ojo izquierdo

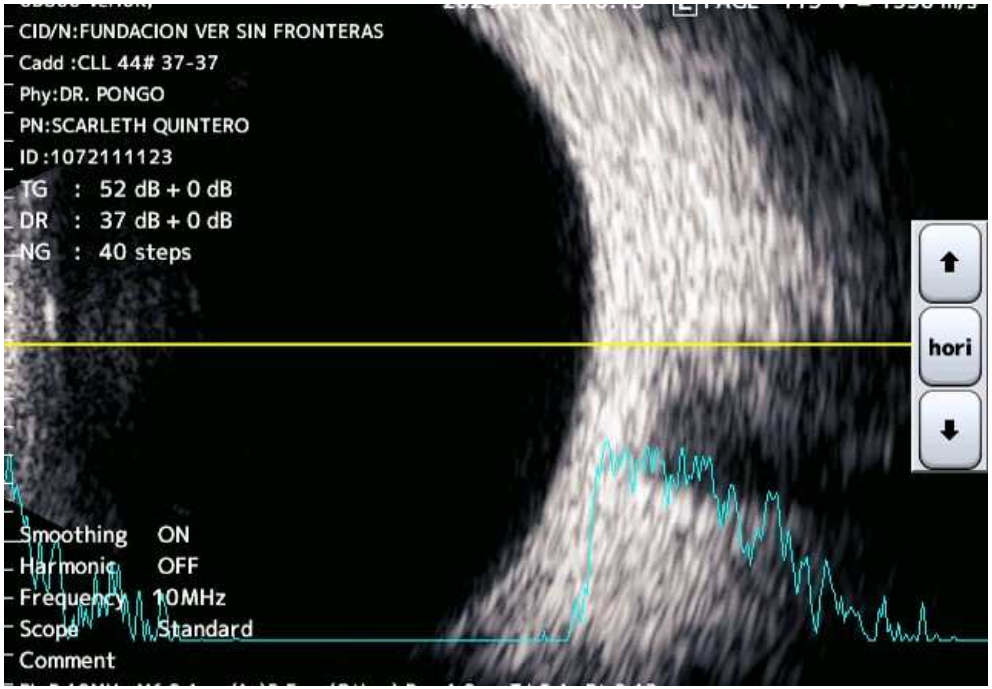
ACRYFOLD		EYECRIL ACTVDIYH600		EYECRIL PLUS ASHFY60		EYECRIL PLUS-600ROH	
Const. A:	118.4	Const. A:	118	Const. A:	118.5	Const. A:	118.7
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
27.0	-1.13	26.5	-1.21	27.0	-1.01	27.5	-1.15
26.5	-0.75	26.0	-0.82	26.5	-0.63	27.0	-0.77
26.0	-0.37	25.5	-0.44	26.0	-0.26	26.5	-0.40
25.5	**0.00**	**25.0**	**-0.06**	**25.5**	**0.11**	**26.0**	**-0.04**
25.0	0.37	24.5	0.32	25.0	0.47	25.5	0.32
24.5	0.73	24.0	0.69	24.5	0.83	25.0	0.68
24.0	1.09	23.5	1.05	24.0	1.19	24.5	1.04
Emet. IOL: 25.50		Emet. IOL: 24.92		Emet. IOL: 25.65		Emet. IOL: 25.95	

(* = Cambiar manualmente, ! = Valor límite)

Observación: Se deberá verificar la plausibilidad de los valores de medición ya que podrían existir modificaciones patológicas.


CID/N:FUNDACION VER SIN FRONTERAS
Cadd :CLL 44# 37-37
Phy:DR. PONGO
PN:SCARLETH QUINTERO
ID :1072111123
TG : 52 dB + 0 dB
DR : 37 dB + 0 dB
NG : 40 steps
hori
Smoothing ON
Harmonic OFF
Frequency 10MHz
Scope Standard
Comment

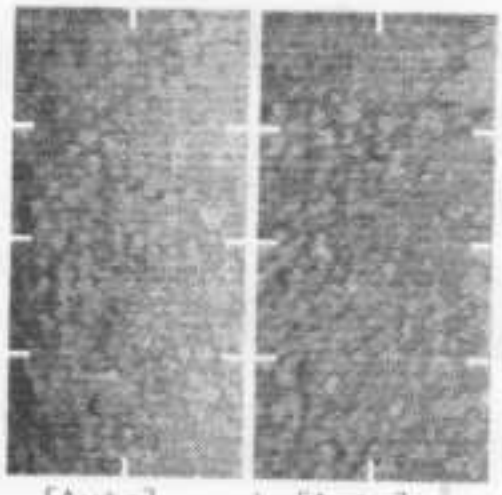

CID/N:FUNDACION VER SIN FRONTERAS
Cadd :CLL 44# 37-37
Phy:DR. PONGO
PN:SCARLETH QUINTERO
ID :1072111123
TG : 52 dB + 0 dB
DR : 37 dB + 0 dB
NG : 40 steps
hori
Smoothing ON
Harmonic OFF
Frequency 10MHz
Scope Standard
Comment


CID/N:FUNDACION VER SIN FRONTERAS
Cadd :CLL 44# 37-37
Phy:DR. PONGO
PN:SCARLETH QUINTERO
ID :1072111123
TG : 52 dB + 0 dB
DR : 37 dB + 0 dB
NG : 40 steps
hori
Smoothing ON
Harmonic OFF
Frequency 10MHz
Scope Standard
Comment

YMD:15/Jul/2024 16:06:14
EM-4000 Ver. 1R

ID :1072111123
Name:SCARLETH QUINTERO
Sex :Female

	RIGHT	LEFT
FIX	C	C



	[Auto]	[Auto]
NUM	204	235
CD	3069	3028
AVG	326	330
SD	133	129
CV	41	39
MAX	937	753
MIN	105	131
6A	41	45
CCT	567	529
(D)		

Print:15/Jul/2024 16:06
VER SIN FRONTERAS

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 63d52eaba8318aa339a08cdd4cd2d64306fd08ca84864ad287871cff6089a2e4e0795c1b71d1b89045e12d8e7176d891

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34595**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 09:56:36
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883748		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (RETINA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 934128 PEÑA PAREDES JOSE MARCELINO CC:5745757		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 09:56:51

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: KksBfVW1TGg+KC2GSe9YsFKrj51RLe6ccJzW8unWqyl2iNyuZhcy2zkjMwsa+QF/TiqaopSGEuEbDqT8wZ0kkXdeouHr8x+8jIlVhIFvShg/bG/1+Eoubq1XOirUEKM75Ziu6dZygYKLpsRee6oD8IrXNRTPpMhpHtboWcA+x/MACRch6/0vtjbp1rsbSOSWpTSagUR/Whq0KPi651sksRDt+Li7zzG7BKn9LblQA/f2Gy/Dc/g/nv8L1+JnoNbkWz1yCGpvYQ0Cgy4lKbQrMTt+1e+W95MBXUYqVSQ4p01Sdm1YmNeKVtmTysKGA3R4MrCHcNXZx+rQpsabIgKzCg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES



Recibo Nro. 883748

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 29, 2024
Fecha Facturación: Julio 29, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 29, 2024
RESP: UZ

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5745757 PEÑA PAREDES JOSE MARCELINO **Aut:29072024**

Edad: 77.4 Años Sexo: Masculino Mpio: 276 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	92,000.00	92,000.00

Son: NOVENTA Y DOS MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	92,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	92,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: JOSE MARCELINO PEÑA PAREDES
Documento: CC 5745757 Fecha de Nac: Marzo 28, 1947
Entidad: Edad: 77.4 Sexo: M
Mpio: FLORIDABLANCA SANTANDER Teléfono: 3115974147
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 29, 2024

MOTIVO: PACIENTE ASISTE A CONSULTA REPORTANDO DOLOR TIPO PUNZADA EN AMBOS OJOS ACOMPAÑADO DE DESTELLOS DE LUZ CON TIEMPO DE EVOLUCION 4 AÑOS
ANTECEDENTES: ANTECEDENTES PERSONALES:
PATOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
FARMACEUTICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
OCULARES: NIEGA
TRAUMATICOS: NIEGA
ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

HORA: 12:29

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PARPADO SANO
CONJUNTIVA CLARA
CORNEA CLARA
CAMARA ANTERIOR FORMADA
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
CRISTALINO CLARO
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PARPADO SANO
CONJUNTIVA CLARA
CORNEA CLARA
CAMARA ANTERIOR FORMADA
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
CRISTALINO CLARO
FONDO DE OJO: O.D.:
DIFICIL VALORACION PUPILA MIOTICA
DR TOTAL CON PVR SEVERO EN EMBUDO CERRADO
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) H359 TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO
PLAN:
ACETATO D EPREDNISOLONA 3 VECES AL DIA EN OD 1 FRASCO X MES X6 MESES
POLIETIL CADA 4 HORAS EN AO 1 FRASCO XMES X6 MESES
OPTOMETRIA Y DEJAR GAFAS EN OI
CONTROL EN 6 MESES
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Fecha generación: 22/03/2024 07:57:35

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-02-46746 **FECHA SOLICITUD:** 3/22/24 7:56 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE MARCELINO PEÑA PAREDES
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5745757
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H270	AFAQUIA	Impresion Diagnóstica
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 N° 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-03-934128	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-6	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: SE AUTORIZA POR AUDITORIA

OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE ENCUENTRA EN AFAQUIA OJO DERECHO Y POSIBLE DESPRENDIMIENTO DE RETINA , SE EVIDENCIA CX DE ALTA COMPLEJIDAD, OJO IZQUIERDO CON LIO IN SITU Y PUPILA DISCORICA.
PLAN 1.VALORACION POR RETINOLOGIA
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/03/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2[illegible]157
APELLIDOS [illegible]
NOMBRES JOSE MARIO [illegible]
FIRMA [illegible]



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1947
SAN JOAQUIN
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

29-SEP-1977 SAN JOAQUIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3700100-00176901-M-0005745157-20081110 0007810979A 1 9930010135

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2024-02-185539	FECHA DE PRESCRIPCIÓN:	12-02-2024 07:56:39	CIE 10	H270	Z961	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FÓRMULA	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA							
UNIDAD ORGANICA	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA							
ARL	No registra	EPS	No registra	CAMA	No registra	FUERZA	FAC	

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	Nº HISTORIA	AFILIACIÓN
SOLDADO PROFESIONAL	JOSE MARCELINO PEÑA PAREDES	76	5745757	Beneficiario

CENTRO DE COSTOS: No registra

ORDEN MÉDICA

SE ENCUENTRA EN AFAQUIA OJO DERECHO Y POSIBLE DESPRENDIMIENTO DE RETINA , SE EVIDENCIA CX DE ALTA COMPLEJIDAD, OJO IZQUIERDO CON LIO IN SITU Y PUPILA DISCORICA.
PLAN 1.VALORACION POR RETINOLOGIA

	PROCEDIMIENTO SOLICITADO	CÓDIGO	VALOR	CANTIDA
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	890376	No	1

SE ENCUENTRA EN AFAQUIA OJO DERECHO Y POSIBLE DESPRENDIMIENTO DE RETINA , SE EVIDENCIA CX DE ALTA COMPLEJIDAD, OJO

NOMBRE MEDICO

FIRMA MEDICO

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 0cec3f6c5732858d2fb4eacb326ca2a65f306c2d0b78d23e54c1d44155c2c47284409b48381816d725c164e39bed799e

No. FVSF 34598

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 10:11:02
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881737		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (CORNEA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 875287 OSORIO PATIÑO JESUS ARSENIO CC:5035187		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 10:11:17

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: RHG6VS0+B9mCYR55CTjuzybiXA4a6Rzwe4dw2+PGNQH0SV5VOqML1K6ucSEK8HE3HHCx7XSCi9EhhfXM2AoI9k+CX43xf4QLPYC9EfRb/pZq7jSEAzBijsP345lyhKLgUxScx1MW6aExoKcmw+ifD8U1os4oHa7O/+frKGMeK0Sss5NocsV23o3xS0iaq68iIEQuamG26Ap/Uq17yiUxCybBgxqRQtBAVDYf1u4BNiORS/4n1HCK8kER1M3l1/mnFpuCx1r8bMVZLhWe7kor94iMKiZe+A9/xFxTasOo1MfWZW9IjWbYVB4lsXQTcdvwHe5S0pXV5/w0BuhFMslZKA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

881737

FORMULA MEDICA

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre JESUS ARSENIO OSORIO PATIÑO

Documento 5035187 **Fecha** Mayo 23, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890376) Ambos Ojos Cantidad: 1

Observación: CONTROL 1 MES (ACUDIR CON OPTOMETRIA)

Dx: Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
R.M. 1127345741
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Fecha generación: 19/03/2024 09:54:37

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-03-109094 **FECHA SOLICITUD:** 3/19/24 9:53 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JESUS ARSENIO OSORIO PATIÑO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SS
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5035187
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-03-875287	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	890376-2	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: NO DISPONIBLE EN EL DMBUG
AUTORIZACION SUJETA A AUDITORIA CONCURRENTE Y DE CUENTAS TRANSCRIPCION DE ANEXO RELACIONADO POR LA IPS* AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407

OBSERVACIÓN SOLICITUD: CATARATA AO SUBCASULAR POSTERIOR AGUDEZA VISUAL OD VL: 20/150 VP:2M OI VL: 20/150 FORMULA FINAL OD: +2.00 SPH AVL:20/30- OI: +1.50 SPH AVL:20/40- ADD: +3.00 AVP:1.0M
PLAN VALORACION POR SEGMENTO ANTERIOR PARA EVALUAR PARACLINICA
FECHA DE VENCIMIENTO: 19/03/2025

AUTORIZADA POR:

RUTH HELENA GOMEZ MOLINA
1098627189



Recibo Nro. 881737

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 09, 2024
Fecha Facturación: Julio 09, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 09, 2024
RESP: VZ

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5035187 OSORIO PATIÑO JESUS ARSENIO **Aut:875287**

Edad: 62.0 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: JESUS ARSENIO OSORIO PATIÑO
Documento: CC 5035187 Fecha de Nac: Julio 29, 1962
Entidad: Edad: 62.0 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3163376306
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 09, 2024

MOTIVO: POST OPERATORIO DE EXTRACCION DE CATARATA + IMPLANTE DE LIO DE OJO IZQUIERDO

TTO OCUALRES. NIEGA
ANTECEDENTES: GENERALES
1.HTA ENALAPRIL

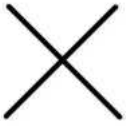
OFTALMOLOGIA
1.NO CX DE OJOS
2.USA GAFAS CONTINUO

*OPTOMETRIA 19/06/2024
A.V. S.C.: VL OD 20/250 OI 20/20--
C/C AV L: OD 20/250 OI 20/20
RX FINAL Esf: OD NO OI NO Cil: OD SOMBRAS OI SOMBRAS
Eje: OD OI ADD: OD +3.00 OI +3.00

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: 12 **OI:** 12

HORA: 16:58

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLOGICA 70%
CRISTALINO CON OPACIDAD N2 C1 SCP4
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CORNEA TRANSPARENTE
HERIDA AUTOSELLADA
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII SVH
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISOCORICA
NORMOREACTIVA A LA LUZ
LIO EN SACO
FONDO DE OJO: O.D.:
REFLEJO ROJO PRESENTE.
FONDO DE OJO: O.I.:
REFLEJO ROJO PRESENTE.

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.D.) H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA
PLAN:
1. EVOLUCION POST QX OJO IZQ SATISFACTORIA.

2. CATARATA OJO DERECHO. SOLICITO PREQX.

PLAN:

1. CITA POR OFTALMOLOGIA CON REPORTES. ******DILATADO********

2. BIOMETRIA + RECUENTO ENDOTELIAL + ECOGRAFIA OJO DERECHO.

Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMIENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS,

HISTORIA CLÍNICA

DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 64b110314328da503703c0858e6ac70853e47e0560d5905eb3b2481efd5767ebba6fc2f54fb0f5b5e512cba004049388

No. FVSF 34602

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 10:32:33
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	882228		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA(RETINA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 928048 BELTRAN BOTED ADALGIZA CC:33147972		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 10:32:49

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
BqzKnK+Z0vhXt9S/3VLXA0nBNMmOm3aJAiozHMVRFUqOotXIJ2l633lauO1qAt1nKh9pYdhaF8cEEG3b86wEPcsBYq4KU8Qq57lME8qg3DPIpqrqi2j4fASzTs1LKoYg
R6hhoQAcbsfiuv6XAX2FwWlhBhfmn1ye49vNyRBaE1LFO/ujTjH7cUiAX0L9RO3PMwC0jgxBoZgnFhZajJWeAGM2eEXTxjiAPIwPw30DqWrmJ9d7dKWVLpIPBmZ6YX
A6xXOZlZ+AMcF/hrokSeYO07jITfeBODfDutrRf3qWGGiHDv88ZywhAueSk+YikiRKa9Xq/6ZkS30oLuRabi7YAQ==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

882228

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre ADALGIZA BELTRAN BOTED

Documento 33147972 **Fecha** Febrero 05, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890376) Ambos Ojos Cantidad: 2

Fundación Ver Sin Fronteras

Dx: Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

15 de Julio
Calle 42 # 23-74
Poblado Giron
9:10 am

Fecha generación: 21/03/2024 15:29:28

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-03-502223 **FECHA SOLICITUD:** 3/21/24 3:28 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ADALGIZA BELTRAN SOTELO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: PE4
REGIONAL: NORORIENTE
DOCUMENTO: 30147972
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: ARC

INFORMACION DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra
ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNOSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNOSTICO
H182	OTROS EDEMAS DE LA CORNEA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680010493O
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NUMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PROXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-03-923048	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890374-6	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS. TRANSCRIPCION DE ANEXO RELACIONADO POR LA IPS AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE DE LA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION Nº1407

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DR JORGE PONGO RETINOLOGO FUNDACION VER SIN FRONTERAS

FECHA DE VENCIMIENTO: 21/03/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880



Recibo Nro. 882228

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 15, 2024
Fecha Facturación: Julio 15, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 15, 2024
RESP: VZ

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: 33147972 BELTRAN BOTED ADALGIZA **Aut:928048**

Edad: 74.2 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: ADALGIZA BELTRAN BOTED
Documento: 33147972 Fecha de Nac: Junio 06, 1950
Entidad: Edad: 74.2 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3183819422
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 15, 2024

MOTIVO: PACIENTE DE 74 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONTROL PSOT OPERATORIO TARDIO DE IMPLANTE SECUNDARIO DE LIO EN AMBOS OJOS.
ANTECEDENTES: *GENERALES Y FARMACOLOGICOS: NIEGA

*ALERGICOS: NIEGA
-CX CATARATA CONGENITA INFANCIA AO.
-VITRECTOMIA POSTERIOR MAS RETINOPEXIA MAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR EN AMBOS OJOS 16/12/2023

*FAMILIARES NIEGA GLAUCOMA U OTROS

*OPTOMETRIA NO HAY REPORTE.

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: 12 **OI:** 12

HORA: 09:40

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
POCA COLABORACION CON LA EXPLORACION

PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLÓGICA 70%
LIO CENTRADO.

BIOMICROSCOPIA: O.I.:
POCA COLABORACION CON LA EXPLORACION

PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLÓGICA 70%
LIO DESPLAZADO LEVEMENTE HORA 5.

FONDO DE OJO: O.D.:
REFLEJO ROJO PRESENTE. NO PERMITE RESTO DE EXPLORACION,.
FONDO DE OJO: O.I.:
REFLEJO ROJO PRESENTE. NO PERMITE RESTO DE EXPLORACION,.

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
PLAN:
PSEUDOFAQUIA AO. CON BUENA EVOLUCION CLINICA. PENDIENTE REPORTE DE OPTOMETRIA

PLAN:

1. OPTOMETRIA

2 CITA POR SEGMENTO ANTERIOR EN 4 MESES O ANTES EN CASO DE REQUERIR.

3 POLIETILENGLICOL 4 MG/ML + PROPILENGILICOL 3 MG/ML (COLIRIO) APLICAR 1 GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS. 6 FRASCOS/06 MESES-

Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE

Nombre: ADALGIZA BELTRAN BOTED
Documento: 33147972
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Junio 06, 1950
Sexo: F
Teléfono: 3183819422
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 15, 2024

HISTORIA CLÍNICA

DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: ddaae13f6bd565e665bc04cd1797e36d6dc6240709158f750f3e6c454ab027715118364cf36b36ea4998c528778e0d81

No. FVSF 34604

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 10:41:43
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883747		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 152349 CALDERON NEIRA MANUEL DOLORES CC:91286112		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 10:41:58

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: A6HW907jSjonx7EndJu8UFV8nEZy6Ci/s61G1a/mqe+UcI3LIVN0x2YDgePXHy3fRahmNr6AVofshyD+x1ieksTPBbMKS6fhde24Y9BIvVOs999m802iEiZudZgDohDmLL7Es/hOyKSWXXuMaiGhtB8bZeeD6IFzShkT2J8rU+gGNen48fYLD5NFiKCQSMca2Cc+7QhxZQ8/FjHZhDYd8/HVlsq9ym6dYmLqm24YbDc68VWN7V6aqoVdoJ99kiWcqJPcD6u2z2IFXo/gKWdjL6WLZOwux6iUmOh2LBl2ZUECTkzDc/xTokD2TTQSBeFnDRFxwjngUlNHS3kwYw0Beg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

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: 25/01/2024 11:45:28

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-01-152349 **FECHA SOLICITUD:** 1/25/24 11:44 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MANUEL DOLORES CALDERON NEIRA
MUNICIPIO: GIRON
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 91286112
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H46X	NEURITIS OPTICA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-01-152349	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-6	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZACION ENVIADA VIA CORREO ELECTRONICO SIN SELLOS NI FIRMAS MANUALES CON PREVIA AUTORIZACION DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, PERMITIENDO LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOR POR PARTE D ELA IPS DE ACUERDO A NOTIFICACION N°1407
OBSERVACIÓN SOLICITUD: H46X NEURITIS OPTICA

FECHA DE VENCIMIENTO: 23/07/2024

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 23/07/2024

x Manuel Calderon
c 91286112

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre MANUEL DOLORES CALDERON NEIRA

Documento 91286112 **Fecha** Enero 19, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890276) Ojo Izquierdo Cantidad: 1

Observación: CONTROL EN 6 MESES OFTALMOLOGIA GENERAL

Dx: H46X NEURITIS OPTICA

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Venir en Junio para control
Sin Falta

Calle 55 # 31-52
24 de Junio
10:20 am

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.286.112**

CALDERON NEIRA

APELLIDOS

MANUEL DOLORES

NOMBRES



Manuel Calderon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-NOV-1969**

CACHIRA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

13-OCT-1990 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2700100-00246662-M-0091286112-20100729 0023091798A 1 34892950



Recibo Nro. 883747

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 29, 2024
Fecha Facturación: Julio 29, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 29, 2024
RESP: VZ

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 91286112 CALDERON NEIRA MANUEL DOLORES **Aut:152349**

Edad: 54.8 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: MANUEL DOLORES CALDERON NEIRA
Documento: CC 91286112 Fecha de Nac: Noviembre 03, 1969
Entidad: Edad: 54.8 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3112192710
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 29, 2024

MOTIVO: PACIENTE DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NEUROPATIA OJO DERECHO DIAGNOSTICADA EN 02/2023 NIEGA RECUPERACION VISUAL. ACUDE EL DIA DE HOY A CONTROL POST IRIDOTOMIA.NIEGA OTROS MOTIVOS DE CONSULTA.

TTO OCULARES: BRIMONIDINA 0.2% / 5 ML APLICAR UNA GOTA CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO.
ANTECEDENTES: *GENERALES Y FARMACOLOGICOS:
CARDIOPATIA TTO NO ESPECIFICADO.
TEC SEVERO (ACCIDENTE DE TRANSITO) 02/2023

*ALERGICOS: NIEGA

*OCULARES:
-IRIDOTOMIA AO
-CX NIEGA
-GAFAS SI
-DISMINUCION VISUAL AGUDA OD S/A TEC SEVERO.

*FAMILIARES: NIEGA GLAUCOMA U OTROS.

*18/01/2024 OPTOMETRIA.
A.V. S.C.: VL OD MM 1 m OI 20/20
C/C AV L: OD MM 1 m OI 20/20
RX FINAL Esf: OD -2.50 OI +0.25 Cil: OD -2.00 OI -0.50
Eje: OD OI 90 ADD: OD + 2.25 OI + 2.25

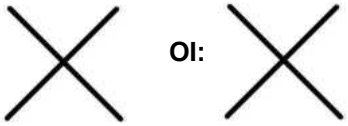
VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: 10 **OI:** 12

HORA: 10:55

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo: Spaeth



BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 2-3
IT SUPERIOR PERMEABLE.
PUPILA HIPORREACTIVA, DPAR +
CRISTALINO CON OPACIDAD C2N2 INTUMESCENTE.

BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 2-3
IT SUPERIOR PERMEABLE.
PUPILA NORMORREACTIVA A LA LUZ.
CRISTALINO CON OPACIDAD C2N2

FONDO DE OJO: O.D.:
SIN DILATAR: DISCO OPTICO PALIDO. EXC 0.3
FONDO DE OJO: O.I.:
SIN DILATAR DISCO ROSADO EXC 0.3

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.D.) S040 TRAUMATISMO DEL NERVIO OPTICO [II PAR] Y DE LAS VIAS OPTICAS
PLAN:
REFIERE ANTECEDENTE DE PERDIDA DE LA VISION OD AGUDA S/A TEC SEVERO DE 1 AÑO DE EVOLUCION POSIBLE ETIOLOGIA NEUROPATIA OPTICA POST TRAUMATICA.

EN EL MOMENTO DISCO OPTICO OD PALIDO. NIEGA MEJORIA DE LA VISION EN EL ULTIMO AÑO. SE EXPLICA MAL PRONOSTICO VISUAL. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

Nombre: MANUEL DOLORES CALDERON NEIRA
Documento: CC 91286112 Fecha de Nac: Noviembre 03, 1969
Entidad: Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3112192710
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 29, 2024

SE SUGIERE USO DE GAFAS DE TIEMPO COMPLETO PARA PROTECCION DE OJO FUNCIONAL.

PLAN:

1. CITA POR OFTALMOLOGIA DR. DAVID SANTANA EN 4 MESES.

2. -BRIMONIDINA 0.2% / 5ML (GOTAS) APLICAR UNA GOTA CADA 12 HORAS OJO DERECHO (PERMANENTE) 6 FRASCOS/06 MESES

3. OPTOMETRIA
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMIENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 82b3fd4e70764a6a620e3f20b508817bf813c6042ffec1e2a1ee3fa1c17eb32eb957d336d86df885e87704a663853412

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34607**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 10:50:16
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881063		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (RETINA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2154662 REY DURAN JAVIER ENRIQUE CC:80033120		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 10:50:30

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
FV+AO0QHygBw0aSuBOq0IAI/tJZ0nKBYdp7WjRQ7w+OByn93paoaxyPXI/no4NfqsoLkQIie3G252m2JQUlXfnIFzxoIC+21vgFQgs5VSaSnB7SBH1xhswX0CDxJmZsaa
MYQ6ad/evAAwakwyfzJb7rMdYq8IAi6M9QpOFLfKa4lqMqF2hupHzdGUEheWqzCNVDTpQgsuPr+3RHLsY2oooFPMMyeMF5CVJ7tA7JtTLtKWEfsZoJNegOJBm4Kvq
ZqobiKJJtlScINgWnJWzv7p2iUL0assVVnwBZxOxEqIWuu1kol3F0Ae0WVFHi4C/StsYyBBWb+ACFQj8wmfSwbyg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s



Recibo Nro. 881063

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 02, 2024
Fecha Facturación: Julio 02, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 02, 2024
RESP: XG

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 80033120 REY DURAN JAVIER ENRIQUE **Aut:2154662**

Edad: 42.4 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	58,000.00	58,000.00

Son: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	58,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	58,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: JAVIER ENRIQUE REY DURAN
Documento: CC 80033120 Fecha de Nac: Febrero 12, 1982
Entidad: Edad: 42.4 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3202849403
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 02, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: PACIENTE CON PRESBICIA
AV SCCON PH EN AO 20/30
ANTECEDENTES:

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

HORA: 18:10

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CORNEA CLARA
FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
POR OCT DEPRESION FOVEAL CONSERVADA
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA
POR OCT DEPRESION FOVEAL CONSERVADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H524 PRESBICIA
PLAN:
OPTOMETRIA Y CONTROL CON RESULTADOS
MACUCAPS 2 TAB AL DIA EN EL DESAYUNO
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Fecha generación: 20/06/2024 12:43:56

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-2154662 **FECHA SOLICITUD:** 6/20/24 12:43 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JAVIER ENRIQUE REY DURAN
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: CD
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 80033120
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2154662	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-6	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.*
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PRESENTA ANTECEDENTES DE RETINOPATIA AO, SE SOLCITA VALORACION POR RETINOLOGIA Y OCT DE MACULA . CONTROL POR DISPENSARIO EN 3 MESES
FORMULA FINAL OD: -1.00 AVL:20/30+ OI: -0.75 AVL:20/25 ADD: +1.25 AVP:0.5M
FECHA DE VENCIMIENTO: 20/06/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 20/06/2025

- Calle 44 # 37-37
5 de Julio
11:40 Am.

Fecha y hora de generación: 11/06/2024 10:10:47

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-06-295122 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 6/11/24 10:09 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JAVIER ENRIQUE REY DURAN
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: Calle 15 5 A 42 N CASA 15
CORREO ELECTRÓNICO: kinglois92@hotmail.com
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: CD
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 12/02/1982
NÚMERO DE DOCUMENTO: 80033120
CELULAR O TELÉFONO: 64454983
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Fernando Ittera S
Médico Oftalmólogo
Cornea - Segmento Anterior
C.C. 1197245741

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890376-6	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	Oftalmologia (CE) - SSFM	1

OBSERVACIÓN
PRESENTA ANTECEDENTES DE RETINOPATIA AO, SE SOLCITA VALORACION POR RETINOLOGIA Y OCT DE MACULA . CONTROL POR DISPENSARIO EN 3 MESES
FORMULA FINAL OD: -1.00 AVL:20/30+ OI: -0.75 AVL:20/25 ADD: +1.25 AVP:0.5M

951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Oftalmologia (CE) - SSFM	2

OBSERVACIÓN
PRESENTA ANTECEDENTES DE RETINOPATIA AO, SE SOLCITA VALORACION POR RETINOLOGIA Y OCT DE MACULA . CONTROL POR DISPENSARIO EN 3 MESES
FORMULA FINAL OD: -1.00 AVL:20/30+ OI: -0.75 AVL:20/25 ADD: +1.25 AVP:0.5M

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS
HTA EN TTO VALSARTAN, , NO CX DE OJOS , NO USA GAFAS , HACE AÑOS LE HICIERON ANGIOGRAFIA POR QUE HABIAN VASOS EN LA CORNEA . ACUDE POR VE ONDULADO AO MAS OI
FORMULA FINAL OD: -1.00 AVL:20/30+ OI: -0.75 AVL:20/25 ADD: +1.25 AVP:0.5M

HALLAZGO
HTA EN TTO VALSARTAN, , NO CX DE OJOS , NO USA GAFAS , HACE AÑOS LE HICIERON ANGIOGRAFIA POR QUE HABIAN VASOS EN LA CORNEA . ACUDE POR VE ONDULADO AO MAS OI
FORMULA FINAL OD: -1.00 AVL:20/30+ OI: -0.75 AVL:20/25 ADD: +1.25 AVP:0.5M

EXÁMENES FÍSICOS
Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICROSOCOPIA AO
PARPADOS SANOS
CONJUNTIVA CLARA
CORNEA TRANSPARENTE

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: dc34d6d1d024f1aa4e6f3e01bb7da2a1d529853d536eae592b24be2a9be29bc16d360840c04ae87443d85f454da691d4

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34608**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 10:52:43
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881413		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (RETINA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 767119 SERRANO SILVA FANNY CC:60350331		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 10:52:58

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
QzhgQBN+23NTzupRUoA0rc45lBOYVZHfumFQxU7WxGd2Dg3uihhbbX6OZ2P5yhsXUizrW4stZy54MhVi+HhPJq3uXS2VdN8Qb72AHBX1RYg1eMBZYyd4TIOeY6FikE0qOoFCkRl+Jyz/JmP1rkZyx/PWyTxlUiYyhryYwEJw5kuDnhI6OKlyuwrSGmkMr2n2qA+3ya1tcCnjHMgYJwb3vmiyHR5sKxG1HLLrjH/+X9h9Zca0x2cxGNy/X9wFelBeDTKE3IxilwNmWo6F9/u2GBeK5KUecLdCvv3VCsj+jmfAjhx7g5WHtWvyjDiDNYo4zd2bG/f/Tj35wGqIn25eaw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES



Recibo Nro. 881413

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 05, 2024
Fecha Facturación: Julio 05, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 05, 2024
RESP: XG

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 60350331 SERRANO SILVA FANNY **Aut:767119**

Edad: 53.9 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	58,000.00	58,000.00

Son: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	58,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	58,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: FANNY SERRANO SILVA
Documento: CC 60350331
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Agosto 29, 1970
Edad: 53.9 Sexo: F
Teléfono: 3165736582
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 05, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: PACIENTE CON ESTRABISMO OD
ANTECEDENTES: DESPRENDIMIENTO DE RETINA AMBOS OJOS EDAD DE 16 AÑOS HACE 30 AÑOS
AMBLIOPIA EXOTROPIA OJO DERECHO
NIEGA ANTECEDENTES
NIEGA PATOLOGIA

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

HORA: 15:40

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
BIOMICROSCOPIA: O.I.:

FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
FONDO DE OJO: O.I.:

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H359 TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Rel 1: ( ) H358 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA
PLAN:
CONTROL EN 2 MESES PARA PROGRAMAR RETIRO DE ESPONJA ESCLERAL EN OD DR PONGO
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Fecha generación: 29/04/2024 16:01:49

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-04-767119 **FECHA SOLICITUD:** 4/29/24 4:02 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FANNY SERRANO SILVA
DOCUMENTO: 60350331
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 680018200590
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: CS
FUERZA: EJC
REGIONAL: NORORIENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACION: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H508	OTROS ESTRABISMOS ESPECIFICADOS	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
TELÉFONO: 3158322263
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-04-1423350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-8	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS. AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: H508 OTROS ESTRABISMOS ESPECIFICADOS
FECHA DE VENCIMIENTO: 29/04/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre FANNY SERRANO SILVA

Documento 60350331 **Fecha** Abril 26, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890376) Ambos Ojos Cantidad: 2

Fundación Ver Sin Fronteras
Nit. 900.707.850-4

Dx: H508 OTROS ESTRABISMOS ESPECIFICADOS

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.350.331
SERRANO SILVA
APELLIDOS
FANNY
NOMBRES

Fanny Serrano Silva
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1970
EL ZULIA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
19-OCT-1990 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00127511-F-0060350331-20081113 0005907685A 1 6960007095

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: f22de180c97a3b91af401154bb79418d007551f8afb0e7c7eaf0499d5ef716865fac31fe8b8ee57d4fce26e0713108b5

No. FVSF 34609

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 11:00:24
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881438		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (CORNEA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 208437 REY GOMEZ SERGIO CC:1102351491		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 11:00:38

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: FYUOMPfZOD4boj8+xQC150lcyaG8l1OXQGAKpiYunIJ3ZNjukSk2pScVwnYDaqsEU6wQQlKsfd1UEoyVXQDdMen6Mynml7wd2QWxKSdsyXgL3mhBVV9quKZqVmuE2aRMU5vX7gqrXCV6jtABOvEcQKUc5wRHb+aVJ7taLOxwXIwN5qrl/4LN0sm8tKRAwojPaEZ5dvg9LvsnoVVQW5SMo4abVku/LJjwhrfj5ejvd/qbpJ+GY5BEizKUCavdp2RaLCMjApInR19hMXFzJloD/KTJiTyTHl63RH27/VXnoEZzCc3FVWj9p06LyRTXGUSdFnJl1s0M0rbfN0DFO0P2wA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES



Recibo Nro. 881438

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 05, 2024
Fecha Facturación: Julio 05, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 05, 2024
RESP: XG

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 1102351491 REY GOMEZ SERGIO **Aut:208437**

Edad: 19.5 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	58,000.00	58,000.00

Son: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	58,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	58,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: SERGIO REY GOMEZ
Documento: CC 1102351491
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Enero 11, 2005
Edad: 19.5 Sexo: M
Teléfono: 3114949785
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Julio 05, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: PACIENTE CON CATARATA EN OD CON POSIBILIDAD DE DAÑO EN RETINA
ANTECEDENTES:

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

HORA: 16:57

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
CATARATA ++
BIOMICROSCOPIA: O.I.:

FONDO DE OJO: O.D.:
NO VALORABLE
FONDO DE OJO: O.I.:

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.D.) H262 CATARATA COMPLICADA
Diagnóstico Rel 1: ( ) H335 OTROS DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA
PLAN:
ECOGRAFIA OD
OCT MACULA AO
BIOMETRIA AO
RECUENTO OD
EXAMENES PREQUIRURGICOS
VITRECTOMIA POSTERIOR + RETINOPEXIA + ENDOLASER + SILICON VS GAS + FACO + LIO OD
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: ce514129f31ff31f7c400ccb3f6cd628a5d77683f3c93e97b769403943aa2c74bdecd2b8f82be40a157661cdb2e07aa0

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34610**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 11:02:43
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883995		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1953745 GOMEZ DE MANTILLA MERCEDES CC:27906232		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 11:02:58

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
a8Dn0ORZERVGrJ7JVmNASWPG6e26USUrKUWERJVbJ4xrlpgsoz30uVNagvjo8CepQvm3+eD1Ju3Djx4Q7H077o4V4/S3R076s+wRM9KCdYxuWRmW4hUYHsiz24
VT/vRIQt4V70MyRedMKEMFyyJCyjMXN8+D4PElnXXrfVphvNqDhmoq0kTiYUFn4EhxWq6AYgtyPH2PX/t/wX0NvKt6anvtYLwWN/oJPOfNdS/ULOR55R+4TwhPzTTZ6
hg2yedAJYOjhmMWDR4VsAVjwciT1Q4pp0YUTos7yzuYdFLEfTBJq8JRpl2snUDBGNiizxvY/YcOwi5A1HbY6Bp+TUoUFg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Nombre: MERCEDES GOMEZ DE MANTILLA
Documento: CC 27906232 Fecha de Nac: Marzo 10, 1937
Entidad: Edad: 87.4 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 6361589
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 30, 2024

MOTIVO: CONTROL RETINA , PACIENTE REFIERE MALA VISION OI, TRAE RESULTADOS EXAMENES.
ANTECEDENTES: *OCUPACION: HOGAR

*GENERALES Y FARMACOLOGICOS: HTA LOSARTAN CARDIOPATIA<

*ALERGICOS: NIEGA

*OCULARES:
- CIRUGIA CATARATA 2020 OD

*OPTOMETRIA NO HAY REPORTE

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

HORA: 16:15

BIOMICROSCOPIA: O.D.:

BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CONJUNTIVA CLARA
CORNEA TRANSPARENTE
CRISTALINO CON OPACIDAD
CATARATA HIPERMADURA +++
RECUENTO CELULAS 2452
FONDO DE OJO: O.D.:

FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA POR ECOGRAFIA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.I.) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
PLAN:
PACIENTE CON CATARATA HIPERMADURA OI

SE SOLICTAN EXAMENES PREQUIRURGICOS

SE ENVIA CIRUGIA DE:
-FACO + LIO OI CON SEDACION

Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO



Recibo Nro. 883995

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 30, 2024
Fecha Facturación: Julio 30, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 30, 2024
RESP: XG

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 27906232 GOMEZ DE MANTILLA MERCEDES **Aut:1953745**

Edad: 87.4 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	92,000.00	92,000.00

Son: NOVENTA Y DOS MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	92,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	92,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fecha generación: 06/06/2024 11:48:52

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-1953745 **FECHA SOLICITUD:** 6/6/24 11:48 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MERCEDES GOMEZ DE MANTILLA
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: S2
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 27906232
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: ARC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1953745	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-6	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.*
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALORADO POR OFTALMOLOGIA DR, JOGE PONGO VER SIN FRONTERAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 06/06/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre MERCEDES GOMEZ DE MANTILLA

Documento 27906232 **Fecha** Junio 05, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS - (890302) Ambos Ojos Cantidad: 2

Observación: RETINA

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.906.232
GOMEZ De MANTILLA
APELLIDOS
MERCEDES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1937
PIEDECUESTA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

06-SEP-1958 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2700100-00158685-F-0027906232-20090606 0012214970A 1 6910017046

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: f40b0fe58e5159f398ab6bc62b9fe7f3378b9d90b86e9740184f497b47a41e7fc2299d0b460ae54cd101bf837a0c5cca

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34611**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 11:13:22
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	883915		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	147103	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE VÍTREO NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2601249 PEREZ QUINTERO LUCINDA CC:28417952		UNIDAD	2.00	0	0.00	815,700.00	1,631,400.00

Son: Un Millon Seiscientos Treinta y Un Mil Cuatrocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 11:14:51

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	1,631,400	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	1,631,400
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	1,631,400

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: Zu54FvwuAQgZLuWI7uH6w7kPD03rCLAto8KPOkBSVPKwOIy0LFXTrCuNViELpOXeCM8ExREi9R8Af1cTGmlYqhAyZLOScvvq4SFz1Km6aqmkT1O7QvCKnakaHLs
QBfCMc/kYYiS/o7/cSBGbwwTYu97odZ6lYMHaGWe5n9Hbtj9l58NkcXIa7vuA/FyNtM5qHUR7zTlkjHopi2b4z9tdnVHEJXhowb0ew2b6VAT5di+OfdCYoeO8f0881MMR5+
1JPeqonv5R5CacSYFxLDzxHK5vfoUCd/HlSriaN3Fc2kqATCPZqGNvPQY6I1QML9HxgMQj5F8H+ia9FSdUT0KmGg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

HISTORIA No: 28417952

NOMBRE: LUCINDA PEREZ QUINTERO

EDAD: 85.4 Años **SEXO:** F

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 30, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** JORGE PONGO

ANESTESIOLOGO: **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H358 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 3 ERA DOSIS

TIPO DE ANESTESIA LOCAL

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

PACIENTE BAJO ANESTESIA LOCAL ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE REGIÓN PERIOCULAR, COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES, COLOCACIÓN DE BLEFARÓSTATO, MARCACION DE 4 MM DE LIMBO CORNEAL SE REALIZA APLICACIÓN INTRAVITREA AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 3ERA DOSIS
SE DA POR TERMINADO EL ACTO QUIRÚRGICO.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 R.M.

HISTORIA No: 28417952

NOMBRE: LUCINDA PEREZ QUINTERO

EDAD: 85.4 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 30, 2024 **HORA:** 10:23

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H358 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico:
APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 3 ERA DOSIS

Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE A PROGRAMACION DE
APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLIA) AMBOS OJOS 3 ERA DOSIS

Resumen de la Evolución: SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DA DE ALTA CON INDICACIONES FORMULA MEDICA, CITA CONTROL
Descripción del Evento:SATISFACTORIA
Observación: SE DEJA PACIENTE CON FÓRMULA MÉDICA:
ACETATO DE PREDNISOLONA 1%/ 5ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
POLIETINGLICOL+PROPILENGLICOL 4MG/1ML 3MG/15ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL
MOXIFLOXACINO 0,5%/5ML GOTAS 1 FRASCO APLICAR UNA GOTA SOBRE EL OJO OPERADO CADA 4 HORAS POR 15 DIAS, 1 FRASCO EN TOTAL

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 9036/11

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: LUCINDA PEREZ QUINTERO	PROCEDIMIENTO:
IDENTIFICACION: 28417952	FECHA: 30JULIO2024

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	1
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	1
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	2
Aguja # 18 * 1		Guante estéril # 7	
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	1
Aguja # 23 * 1 1/2		Guante estéril # 8	
Aguja # 26 * 1		Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2		Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2	1	Jeringa de 1 ml	2
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	
Cánula nasal		Jeringa de 5 ml	
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	
Cassette Faco		Jeringa de 20 ml	
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado		Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20		Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22		Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°		Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm		Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	
Cuchillete Crescent		Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos		Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos		Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo		Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	2	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 2 de 2

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm		Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml		Propofol 1% *20ml	
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A		Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°		Torundas	1T
Aflibercep (Eylia) 40m/ml	2	Ponti - gotas	5y
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	
Agua estéril 500ml	1	Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	
Azul tripán		Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	5y
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)			
Captropril 25mg			
Clindamicina			
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml			
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml			
Diclofenaco 75 mg *3ml			
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)			
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)			
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

HISTORIA No: 28417952

NOMBRE: LUCINDA PEREZ QUINTERO

EDAD: 85.4 Años **FECHA:** Julio 30, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

30/07/2024 11:09:31 INGRESA PACIENTE FEMENINA AL TRANSFER DE SALA DE PROCEDIMIENTOS EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR , PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS AFLIBERCEPT 3 DOSIS EN AMBOS OJOS , DANDO CUMPLIMIENTO AL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE SE REALIZA EL RETIRO DE PRENDAS Y LA POSTURA DE ROPA QUIRÚRGICA, LUEGO SE PROCEDE REVISAR HISTORIA CLÍNICA Y MARCACIÓN DEL SITIO OPERATORIO, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LA TOMA DE SIGNOS VITALES EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE CON : TA: 206/86 mmHg, FC: 80 LPM, FR: 20x', SPO2: 93%, T°: 36.5°C, HACIENDO CUMPLIMINETO DEL PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA INSTITUCIÓN, SE DA INICIO A LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS DE ALCAINE+OXIMISYN + QUIMOX + DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAÍNA GEL, SE PIDE AL FAMILIAR UBICARSE EN SALA DE ESPERA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE TRASLADA EL PACIENTE AL ÁREA DE ESPERA Y SE CONTINÚA CON LA APLICACIÓN DE GOTAS OFTALMOLÓGICAS, SE PIDE AL USUARIO LAVAR LA CARA Y LAS MANOS CON CLORHEXIDINA AL 0.12% Y SE APLICA GOTA DE OQ-SEPTIC PARA DAR INGRESO AL ÁREA QUIRÚRGICA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

SE DA INGRESO AL PACIENTE AL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS, SE UBICA SOBRE LA MESA DE PROCEDIMIENTOS Y SE INICIA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES TA: 192/84 mmHg, FC: 75LPM, FR: 20x', SPO2: 96%, T°: 36.5°C, SEGUIDO A ESTO SE REALIZA LAVADO QUIRÚRGICO EN AMBOS OJOS EN LA ZONA PERIOCULAR, CON ISODINE ESPUMA, AGUA ESTERIL Y GASAS, LUEGO SE IMPREGNA EL ÁREA CON ISODINE SOLUCIÓN Y SE APLICA UNA GOTA DE Q-SEPTIL, QUEDA EL PACIENTE EN COMPAÑÍA DEL CIRCULANTE DE SALA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

INICIA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVÍTREOS AFLIBERCEPT 3 DOSIS EN AMBOS OJOS , A CARGO DE CIRUJANO JORGE PONGO INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ, CIRCULANTE LILIANA, SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE, EN OPTIMAS CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, SIN ALTERACIONES. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS

TERMINA CIRUGÍA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTA DE QUIMOX,SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE TRANSFER SE LLAMA AL ACOMPAÑANTE PARA DAR INDICACIONES POST-OPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, FÓRMULA MÉDICA, SE RETIRA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y SE DA SALIDA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS
Digita: STEFANY VALENTINA GU



Recibo Nro. 883915

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 30, 2024
Fecha Facturación: Julio 30, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 30, 2024
RESP: XG

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 28417952 PEREZ QUINTERO LUCINDA **Aut:2601249**

Edad: 85.4 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
147103 ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	2	815,700.00	1,631,400.00

Son: UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	1,631,400.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	1,631,400.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre: LUCINDA PEREZ QUINTERO
Documento: CC 28417952
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Abril 03, 1939
Edad: 85.3 Sexo: F
Teléfono:
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Junio 28, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: CONTROL POP 1 DIA APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO AFLIBECEPT (EYLEA) AMBOS OJOS 2DA DOSIS
ANTECEDENTES: *TELEFONO: 3155101043

*DOMICILIO: BGA

*EPS: FFMM

*GENERALES Y FARMACOLOGICOS:
HTA DE BATA BLANCA.
HIPOACUSIA SEVERA BILATERAL

*ALERGICOS: NIEGA

*OCULARES:
PTERIGION OJO IZQ

*FAMILIARES: NIEGA GLAUCOMA U OTROS.

*OPTOMETRIA
REPORTE EN HC DEL 28/11/2023
AVLCC OD MM OI 20/100
RX OD +3.00 OI +3.00 ADD +3.00

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:** **GONIOSCOPIA: OD:** **OI:**

HORA: 15:18 Tipo:

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA TRANSPARENTE
CONJUTNIVA CLARA
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CORNEA TRANSPARENTE
CONJUTNIVA CLARA
FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (A.O.) H358 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA
Diagnóstico Rel 1: (A.O.) Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA
PLAN:
PACIENTE POP INYECCION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO, REFIERE SENTIRSE BIEN.

CONTINUAR CON TRATAMIENTO DE GOTAS

PROGRAMAR APLICACION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO TERCERA DOSIS EN AMBOS OJOS.
AFLIBERCEPT 1MG (EYLEA) JER PRELL 0.177ML SOL INY BAYER
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

Fecha generación: 24/07/2024 13:14:22

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2024-07-1401579 **FECHA SOLICITUD:** 7/24/24 1:14 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUCINDA PEREZ DE QUINTERO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 28417952
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACION: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H358	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-07-2601249	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	147103	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA
A CARGO DE RECONOCIMIENTO DEL GASTO
TERCERA DOSIS
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALROADO DR. JORGE PONGO VER SIN FRONTERAS
AMBOS OJOS
FECHA DE VENCIMIENTO: 24/07/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

Fundación Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
LUCINDA PEREZ QUINTERO

Documento 28417952 **Fecha** Junio 28, 2024

S.S. / INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA - (169006) Ambos Ojos Cantidad: 2

Observación: TERCERA DOSIS

Dx: H358 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.417.952
PEREZ De QUINTERO
APELLIDOS
LUCINDA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1939
SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-MAY-1960 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2700100-00131375-F-0028417952-20081124 0006890533A 1 6900014864

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 1fe01398e150e6ee0e5ce8fbbf5f7fe645db431f83637dd9f9935995780909d088ae4ad05a67bdbe57ec8c7eddbca42f

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34623**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 14/08/2024 15:34:57
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 13/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	884170		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (RETINA) NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1880931 BLANCO MANTILLA LUZ MARINA CC:37831666		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-14 15:41:19

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: ddvmiaPacp+xR9owOD07kGQ4KvLwLwb2/RzpbNPAUlhWJeSDwerKGg/fczwDVuCfTgzKLOyG88zbhMroKaa0jyhQW0yejaqfB/LXfgySHkuUf9DbVfbIYAUy/dCjA0+pfghz24U1/nLAR02l9A9mjDLfaOBIKfLegubXSJxYQ/4BL60jQJddw8P+WvMK19iHPjCGscZs6A3hWi28dqlXSA7KugVB0TUJmetBerKtEAgf/I2Mbjh/q6wvf8ogy8LWMsKFnixb269IJkOBQcc8diM7GzgIaN3N8hXZ0Hp6NZ1txt/tSaPKGeTwaBTZie/ByyoCbnTgeHzuRLAE5Dadrw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES



Recibo Nro. 884170

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 31, 2024
Fecha Facturación: Julio 31, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 31, 2024
RESP: UZ

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 37831666 BLANCO MANTILLA LUZ MARINA **Aut:1880931**

Edad: 68.3 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	92,000.00	92,000.00

Son: NOVENTA Y DOS MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	92,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	92,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: LUZ MARINA BLANCO MANTILLA
Documento: CC 37831666 Fecha de Nac: Mayo 06, 1956
Entidad: Edad: 68.3 Sexo: F
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3143328733
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Julio 31, 2024

MOTIVO: PACIENTE CON CATARATA EN OD
ANTECEDENTES: HTA CAPTOPRIL
DM METFORMINA
ASA
FLUOCETINA
ZOPICLONA

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

HORA: 16:07

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CATARATA ++
BIOMICROSCOPIA: O.I.:

FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.D.) H262 CATARATA COMPLICADA
PLAN:
VITRECTOMIA ANTERIOR + FACO + LIO OD
HACER EKG PARA CIRUGIA
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Fecha generacion: 31/05/2024 10:07:27

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACION: AUT-2024-05-1888941 **FECHA SOLICITUD:** 5/31/24 9:59 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARINA BLANCO MANTILLA
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37931666
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 6800[illegible]5200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MEDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO HERRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia - SSFM
ACEPTACION: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
DIRECCIÓN: CALLE 44 N 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: [illegible]
TELEFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCION CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PROXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1888941	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890374-6	Oftalmologia - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACION: NO DISPONIBLE EN EL UMBUS
DOCUMENTO VALIDO PARA LA FACTURACION DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS. AUTORIZACION SUJETA A AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

OBSERVACION SOLICITUD: Paciente con dx CATARATA SENIL NUCLEAR

DRA ROSA GRACIELA SALAS RIA [illegible] OFTALMOLOGIA - RETINA IPS VER SIN FRONTERAS LA ATENCION 3158322263

SOLICITA

FOTOGRAFIA OCULAR MUSCULAR Y BIOMETRIA OCULAR DERECHO PRIORITARIO
BIOMETRIA OCULAR AMBOS OJOS PRIORITARIO
RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/05/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 días a partir de la fecha de expedición. Vence: 31/05/2025

FORMULA MEDICA

Ver Sin Fronteras

Nombre LUZ MARINA BLANCO MANTILLA

Documento 37831666 **Fecha** Agosto 31 2023

Entidad

S.S. / CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS - (890202) Ambos Ojos Cantidad: 2

Observación: RETINA

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

ROSA GRACIELA GALVIS ANGOLA
R.M. 1127360118
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA Y RETINA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.831.666**

BLANCO MANTILLA

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1956**

LOS SANTOS
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA **A-** G.S. RH **F** SEXO

20-OCT-1976 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2700100-00136566-F-0037831666-20081212 **00080**29335A 1 6900026471

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 1f5762f30907c44d111ca130c3f4a2268bcf2377157b52551dca2852d1e1827ec09fcad9cd3037e72c44ab5fcd1c8c60

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 34674**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/08/2024 14:52:29
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 15/09/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	881240		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	147402	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETINOPEXIA NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1947278		UNIDAD	1.00	0	0.00	3,720,000.00	3,720,000.00
2	147103	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE VÍTREO NUMEOR DE AUTORIZACIÓN: 2290654		UNIDAD	1.00	0	0.00	815,700.00	815,700.00
3	147401	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 1048716 FRANCISCO GRANADOS CACERES CC: 9652006		UNIDAD	1.00	0	0.00	3,530,900.00	3,530,900.00

Son: Ocho Millones Sesenta y Seis Mil Seiscientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-08-16 14:52:46

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	8,066,600	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	8,066,600
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	8,066,600

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
cu9H5ik6Z0/UtA+f9TeNHp11L3ho3019glTNPusvpjiJdOphgL6I3Mbmec34gxt3zqMaC/4oG6az8JtljajrrZwVFZTnk5rPUD31RDgotuUFYsFpN7J9fi/3lFvZHg+9s7apO/Jtxh
ptmC0vo+7ZLcc3Gf090iVu86wr+tLGbztB60Na+Dbbo4uCktRbtApu+uBx1hB3YnbDyusjpwpJ6Lgek3J4vJ73/se+NdlNwzYjdpTC+yW61y44OFN2RKbGuKN7y3CBcx/pT
s5P2R5IXdI666i+QtpWhiM5Cm1ewCpcj5ToWxiDeZctH4lboinq7KBdk/HnYrPkDZ9kQ8a5iA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 13/08/2024 11:39:24

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-07-2290654 **FECHA SOLICITUD:** 7/3/24 9:27 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO GRANADOS CACERES
DOCUMENTO: 9652006
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SP
FUERZA: EJC
REGIONAL: NORORIENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H334	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
TELÉFONO: 3158322263
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-07-2290654	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	147103	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: A CARGO DE RECONOCIMIENTO DEL GASTO

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALORADO POR OFTALMOLOGIA DR, JORGE LUIS PONGO VER SIN FRONTERAS
SE HO MOLOGA INYECCION INTRAVITREA
FECHA DE VENCIMIENTO: 03/07/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 03/07/2025

Fecha generación: 13/08/2024 11:40:55

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-1947278 **FECHA SOLICITUD:** 6/6/24 9:02 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO GRANADOS CACERES
DOCUMENTO: 9652006
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SP
FUERZA: EJC
REGIONAL: NORORIENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H334	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
TELÉFONO: 3158322263
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1947278	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	147402	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 28/5/2024 POR MEDICO OFTALMOLOGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SIN FRONTERAS. OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 06/06/2025

HISTORIA No: 9652006

NOMBRE: FRANCISCO GRANADOS CACERES

EDAD: 72.1 Años **SEXO:** M

DESCRIPCION QUIRÚRGICA

FECHA: Julio 04, 2024

INSTRUMENTADOR: LISETH JIMENEZ **CIRUJANO:** JORGE PONGO

ANESTESIOLOGO: LEONARDO CACERES **AYUDANTE:**

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H334 DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

INTERVENCION PRACTICADA:

VITRECTOMIA POSTERIOR + RETINOPEXIA + PELAJE DE MEMBRANA + ENDOLASER + GAS EN OJO DERECHO + EYLEA EN AMBOS OJOS 1 DOSIS

TIPO DE ANESTESIA BLOQUEO + SEDACION

DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL EN REGION PERIOCULAR, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, COLOCACION DE BLEFAROSTATO, SE REALIZA PERITOMIA SUPERIOR, IRRIGACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVAL, SE REALIZA IMPLANTE DE TROCARES ESCLERALES TRANSCONJUNTIVALES CALIBRE 23G A 3MM DE LIMBO EN HORA 2.10 Y CUADRANTE INFERIOR TEMPORAL, SE COLOCA CANULA DE INFUSION INFERTEMPORAL, SE PROCEDE A REALIZAR VITRECTOMIA POSTERIOL CENTRAL Y PERIFERICA, PREVIA APLICACION DE TRIAMCINOLONA. SE REALIZA PEELING DE MEMBRANA, SE REALIZA ENDOLASER EN 360°, SE REALIZA INTERCAMBIO DE FLUIDO AIRE Y POR GAS C3F8 AL 5%. SE RETIRAN TROCALES ESCLERALES Y SE REVISA HEMOSTASIA, TONO OCULAR Y PERFUSION DE NERVIO OPTICO. SE APLICA ANTIBIOTICO Y CORTICOIDE SUBCONTIVAL. SE COLOCA APOSITO Y CASCARILLA OCULAR.

PACIENTE BAJO ANESTESIA LOCAL ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE REGIÓN PERIOCULAR, COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES, COLOCACIÓN DE BLEFARÓSTATO, MARCACION DE 4 MM DE LIMBO CORNEAL SE REALIZA. APLICACIÓN INTRAVITREA; TERCERA DOSIS EN AMBOS OJOS DE AFLIBERCEPT, SE DA POR TERMINADO EL ACTO QUIRÚRGICO

.

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 R.M.

HISTORIA No: 9652006

NOMBRE: FRANCISCO GRANADOS CACERES

EDAD: 72.1 Años **REGIMEN:** Contributivo

EMPRESA:

REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EPICRISIS

FECHA DE INGRESO: Julio 04, 2024 **HORA:** 12:43

SERVICIO DE EGRESO: CIRUGIA

TIPO DE DISCAPACIDAD:

GRADO DE DISCAPACIDAD: Leve

DIAGNOSTICO DE INGRESO: H334 DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION

DIAGNOSTICO DE EGRESO: Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Procedimiento Quirúrgico: VITRECTOMIA POSTERIOR + RETINOPEXIA + PELAJE DE MEMBRANA + ENDOLASER EN OJO DERECHO + INYECCION INTRAVITREA EN AMBOS OJOS EYLIA 1 DOSIS
Descripción de la Atención: PACIENTE ASISTE A PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE VITRECTOMIA POSTERIOR + RETINOPEXIA + PELAJE DE MEMBRANA + ENDOLASER EN OJO DERECHO + INYECCION INTRAVITREA EN AMBOS OJOS EYLIA 1DOSIS
Resumen de la Evolución:
TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES , SE DA DE ALTA , CON FORMULA MEDICA , CITA DE CONTROL E INCAPACIDAD

Descripción del Evento:SATISFACTORIO
Observación: SE DEJA FORMULA DE
CIPROFLOXACINO GOTAS 0,3%/5ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL
ACETATO DE PREDNISOLONA 1% / 5 ML1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL
POLIETILENGLICOL PROPILENGLICOL GOTAS 4MG/ML 3MG/15ML 1 APLICAR 1 GOTA CADA 4 HORAS EN OJO DE PROCEDIMIENTO HASTA AGOTAR, 1 FRASCO EN TOTAL

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497 9036/11



Recibo Nro. 881240

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Julio 04, 2024
Fecha Facturación: Julio 04, 2024
Fecha Vencimiento: Julio 04, 2024
RESP: 1Q

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: 9652006 GRANADOS CACERES FRANCISCO **Aut:1233126**

Edad: 72.1 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
147402 VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	1	3,720,000.00	3,720,000.00
147401 VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	1	3,530,900.00	3,530,900.00
169006 INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	2	815,700.00	1,631,400.00

Son: OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	8,882,300.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	8,882,300.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Fundación Ver Sin Fronteras	**FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS**	**CODIGO:** SP-FT-26
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	**VERSION:** 01
	GASTOS DE CIRUGIA	**PÁGINA:** 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: FRANCISCO GRANADOS CACERES	**PROCEDIMIENTO:**
IDENTIFICACION: 9652006	**FECHA: 04 JULIO 2024**

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Bata Paciente	1	Gorro quirúrgico	1
Gorro Paciente	1	Guante de examen t- S-M	2
Polainas Paciente x2	1	Guante estéril # 6.5	2
Aguja # 18 * 1	1	Guante estéril # 7	
Aguja # 21 * 1 1/2		Guante estéril # 7.5	1
Aguja # 23 * 1 1/2		Guante estéril # 8	
Aguja # 26 * 1	1	Hoja de bisturí # 11	
Aguja # 26 * 1/2		Hoja de bisturí # 15	
Aguja # 30 * 1/2		Jeringa de 1 ml	3
Cable bipolar		Jeringa de 3 ml	2
Cánula nasal	1	Jeringa de 5 ml	2
Cascarilla ocular		Jeringa de 10 ml	1
Cassette Faco	1	Jeringa de 20 ml	1
Cassette Vitrectomía		Mascarilla de nebulización adulto	
Cassette Combinado	1	Mascarilla de nebulización pediátrico	
Catéter venoso periférico # 18		Mascara facial para anestesia # 2	
Catéter venoso periférico # 20		Mascara facial para anestesia # 3	
Catéter venoso periférico # 22	1	Mascara facial para anestesia # 4	
Catéter venoso periférico # 24		Mascara facial para anestesia # 5	
Caucho de succión		Mascara laríngea # 1 1/2	
Circuito de anestesia + balón adulto		Mascara laríngea # 2	
Circuito de anestesias + balón pediátrico		Mascara laríngea # 2 1/2	
Cuchillete 15°	1	Mascara laríngea # 4	
Cuchillete 2.75 mm		Mascara laríngea # 5	
Cuchillete 3.2 mm		Micropore rollo	80cm
Cuchillete 5.2 mm		Nylon 10-0	1
Cuchillete Crescent		Vicryl 6-0 doble aguja	
Electrodos adultos	3	Vicryl 5-0	
Electrodos pediátricos		Vicryl 7-0 doble aguja	
Equipo de macro goteo		Vicryl 8-0 doble aguja	
Equipo de bomba de infusión		Prolene 6-0	
Espadarapo tela		Polipropileno 10-0	
Gasa estéril paquete x 5	3	Poliéster 5-0 doble aguja	
Glucómetro (tirilla + lanceta)		Seda 6-0 doble aguja	
Seda 4-0 sin aguja		Lidocaína jalea 2% *30 ml	
Sonda Nelaton 16		Lidocaína sin epinefrina y sin preservantes 2% (Xilonest)	
Sonda Nelaton 12		Lidocaína sin epinefrina 2% *50ml	6cc

	FUNDACIÓN VER SIN FRONTERAS	CODIGO: SP-FT-26
Fundación Ver Sin Fronteras	SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSION: 01
	GASTOS DE CIRUGIA	PÁGINA: 2 de 2

INSUMO	GASTO	INSUMO	GASTO
Tapabocas	1	Manitol 20% *500ml	
Tegaderm 10 x 12 cm	1	Metoclopramida 10mg *2ml	
Tubo endotraqueal # 3.5		Midazolam ampolla 5mg * 5ml	1C
Tubo endotraqueal # 4		Mitomicina 20 mg	
Tubo endotraqueal # 4.5		Clonidina *150 mg	
Tubo endotraqueal # 5.5		Captopril * 25 mg	
Tubo endotraqueal # 6		Glaucomed (acetazolamida) * 250 mg	
Tubo endotraqueal # 6.5		Alprazolam *0.25 mg	
Tubo endotraqueal # 7		Octafluorpropano 75ml	
Tubo endotraqueal # 7.5		Ondansetron 8mg*4ml	
Aceite de silicón 5.000 cc x 10ml		OQ-SEINA 0.4% *15ml	
Aceite de silicón 1.000 cc x 10 ml		Perfluoucarbono 5ml	
Aceite de silicón pesado (Densiron)		Dipirona 1 mg	1CC
Acetil colina OQ-MIOT 20mg/2ml	1	Propofol 1% *20ml	1CC
Acetonida de triamcinolona Kenacort-A		Ringer *500 ml	
Adrenalina 1mg/ 1ml		Sevoflurano 250 ml	
Alcaine 0.5% * 15ml		Vancomicina clorhidrato 1%	
Alcohol 70°		Torundas	1T
Aflibercep (Eylia) 40m/ml	2	Ponti - gotas	5G
Ranibizumab (Lucentis)		TP - gotas	5G
Agua estéril 500ml		Terramicina	
Atropina sulfato 1mg/ml		Oxigeno	150 LX
Azul tripán	1	Gas C3F8	
Avastin 100mg/4ml		Moflat - gotas	5G
Bicarbonato de sodio 10 meq 10 ml		Brimonidina - gotas	
Bromuro de rocuronio 50 MGx5ml		**OTROS**	**GASTO**
Bupivacaina sin epinefrina (BUPIROP 0.5%x10ml)	1F		
Captropril 25mg		Tapon Vinyso	1
Clindamicina		Solucion Balanceado	1
Cloruro de sodio al 0.9% *100 ml	1	Cefotaxima amp 1g	1CC
Cloruro de sodio al 0.9% *250 ml			
Dexametasona 8mg *2ml	1		
Diclofenaco 75 mg *3ml	1		
Epinefrina 1mg *1ml			
Fentanilo 0.5 *10ml			
Gentamicina ungüento 3% *5g			
Viscoelástico (Hyaluronato)	1		
Viscoelástico (Hidroxipropilmetilcelulosa)	1		
Iodo povidona espuma *60ml	1		
Iodo povidona solución *60ml	1		

HISTORIA No: 9652006

NOMBRE: FRANCISCO GRANADOS CACERES

EDAD: 72.1 Años **FECHA:** Julio 04, 2024

NOTAS DE ENFERMERÍA

04/07/2024 13:20:30 INGRESA PACIENTE A CIRUGIA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PROGRAMADO AMBULATORIAMENTE PARA CIRUGIA VITRECTOMIA POSTERIOR + RETINOPEXIA + PELAJE DE MEMBRANA + ENDOLASER EN OJO DERECHO + INYECCION INTRAVITREA EN AMBOS OJOS 1 DOSIS EYLIA VISTE CON ROPA DE CIRUGIA CON AYUDA DE FAMILIAR, SE LAVA LA CARA CON CLOREHEXIDINA, SE SECA, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA , SE TOMAN SIGNOS VITALES, T/A 130/74 Mm/Hg FC :70 X' FR: 20X' SPO2: 95%, T°: 36,5 °C, PREVIO LAVADO DE MANOS SEGUN PROTOCOLO SE APLICAN GOTAS DE ALCAINE+OXYMISYN+ QUIMOX+FOTORRETIN + DICLOFENACO GOTAS + LIDOCAINA GEL, PREVIO LAVADO DE MANOS SEGUN PROTOCOLO, SE REALIZA LAVADO QUIRURGICO CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA AMBOS OJOS CON SOLUCION SALINA NORMAL-ISODINE ESPUMA,SE CANALIZA VENA DE DORSO DE LA MANO IZQUIERDO CON BRANULA NO.22, DEJANDO CON TAPON HEPARINIZADO FIRMA: VALENTINA GUALTEROS
SE TRASLADA PACIENTE CAMINANDO A SALA DE CIRUGIA, SE UBICA EN CAMILLA SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES T/A: 127/78 Mm/Hg FC :74 X' FR: 20X' SPO2: 98%, T°: 36,5 °C, QUEDA EN COMPAÑÍA DE CIRCULANTE DE QUIROFANO INGRI PEREZ FIRMA. VALENTINA GUALTEROS
SE DILUYE 1CC DE CEFALOTINA DE EN 500CC DE SOLUCION BALANCEADA PARA LA IRRIGACION DEL EQUIPO STELLARYS, PARA INFILTRACION CAMERAL. SE LE PASA LIGNOCAIDE Y ADRENALINE INJECTION, HIAULORONATO, AZUL TRIPAN, PARA RETINA SE PASA PERFLORO, VANCOMISINA DE MG SE PASA . 0.1 CC EL CUAL FUE RECONSTITUIDO EN CC EN AGUA ESTERIL PASANDO A LA INSTRUMENTADORA . 0.1CC DEL ANTIBIOTICO EL CUAL SE LLEVO HASTA 0.5 DE AGUA ESTERIL PARA DESECHAR 0.4, DEXAMETASONA DE 4MG, IMOFLAXACINA Y PILOCARPINA. FIRMA: VALENTINA GUALTEROS
INICIA CIRUGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR + RETINOPEXIA + PELAJE DE MEMBRANA + ENDOLASER EN OJO DERECHO + INYECCION INTRAVITREA EN AMBOS OJOS 1 DOSIS EYLIA CARGO CIRUJANO DR JORGE LUIS PONGO, INSTRUMENTADORA LISETH JIMENEZ , CIRCULANTE QUIROFANO INGRI PEREZ, SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE, TRANQUILO, COLABORA CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIGNOS VITALES : TA:125/74mm/hg FC: 76 X' FR: 22X' SPO2: 99 %, T°: 36,5 mm/hg, . FIRMA VALENTINA GUALTEROS

TERMINA CIRUGIA SIN COMPLICACIONES, SE APLICA GOTAS DE QUIMOX, SE OCLUYE OJO CON APOSITO+ MICROPORE+ PROTECTOR OCULAR, SE DAN INDICACIONES POSOPERATORIAS, CITA DE CONTROL EN 24 HORAS, SE RETIRA BRANULA, SIGNOS VITALES TA 128/76 MM/HG, FC 62X´, FR 26X´, SPO2 98%. SALE PACIENTE CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS Y EN COMPAÑIA DE UN FAMILIAR. FIRMA : VALENTINA GUALTEROS
Digita: STEFANY VALENTINA GU

Fecha generación: 03/07/2024 09:27:18

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2024-07-1233126 **FECHA SOLICITUD:** 7/3/24 9:27 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO GRANADOS CACERES
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 9652006
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H334	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-07-2290654	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	147103	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: A CARGO DE RECONOCIMIENTO DEL GASTO

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALORADO POR OFTALMOLOGIA DR. JORGE LUIS PONGO VER SIN FRONTERAS
SE PIDE MIOLOGA INYECCION INTRAVITREA
FECHA DE VENCIMIENTO: 03/07/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

Fecha generación: 06/06/2024 09:03:25

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-06-1048718 **FECHA SOLICITUD:** 6/6/24 9:02 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO GRANADOS CACERES
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: NORORIENTE
DOCUMENTO: 9652006
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 6800192005A0
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra
ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H334	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 27-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322283
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1047275	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	147472	Oftalmología (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 28/5/2024 POR MEDICO OFTALMOLOGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SIN FRONTERAS. OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUT-2024-06-1047276	VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	147401	Oftalmología (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 28/5/2024 POR MEDICO OFTALMOLOGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SIN FRONTERAS. OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/06/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817967

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre
FRANCISCO GRANADOS CACERES

Documento 9652006 **Fecha** Mayo 28, 2024

S.S. / VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA - (147402) Ojo Derecho Cantidad: 1

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Dx: H334 DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

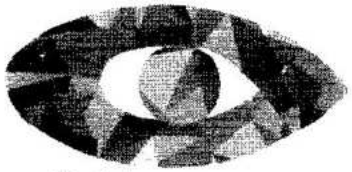
Nombre
FRANCISCO GRANADOS CACERES

Documento 9652006 **Fecha** Mayo 28, 2024

S.S. / VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES - (147401) Ojo Derecho Cantidad: 1

DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Dx: H334 DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR

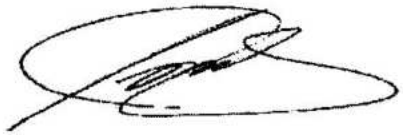


FORMULA MEDICA

Nombre
FRANCISCO GRANADOS CACERES

Documento 9652006 **Fecha** Mayo 28, 2024

S.S. / INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA - (169006) Ambos Ojos Cantidad: 2



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

Dx: H334 DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001



Fundación Ver Sin Fronteras

Nombre: FRANCISCO GRANADOS CACERES
Documento: 9652006
Entidad:
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER

Fecha de Nac: Junio 21, 1952
Edad: 72.0 Sexo: M
Teléfono: 3162569592
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Mayo 28, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: POP DE MEMBRANA EPIRETINIANA EN OD
ANTECEDENTES:
CARDIOPATIA ISQUEMICA CX CARDIOVASCULAR STENT EN TTO POR CARDIOLOGIA

HTA LOSARATAN CARVEDILOL ASA
NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS
CX DE HERNIORRAFIA INGUINAL
REEMPLAZO ARTIC RODILLA DERECHA

OPTOMETRIA 14/02/23
OD: -1.50X90° AVC: 20/40
OI: +2.50-1.75 X 120° AVC : 20/170

19/07/2023 BIOMETRIA AO EN SISTEMA, REC CEL END: 2428/2410
05/06/2023 HISTRIA DE RCV: DAN VISTO BUENO PARA CIRUGIA DE CATARATA, TIENE EXAMENES DE RCV PENDIENTE DE NUEVA TOMA

OFTALMOSCOPÍA

PIO: OD: **OI:**

HORA: 09:44

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo: Spaeth





BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA CLARA
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CORNEA CLARA
FONDO DE OJO: O.D.:
MEMBRANA EPIRETINIANA GRADO 2
FONDO DE OJO: O.I.:
EDEMA MACULAR QUISTICO CONFIRMADO POR OCT

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H334 DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION
PLAN:
VITRECTOMIA POSTERIOR + RETINOPEXIA + PELAJE D EMEMBRANA + ENDOLASER + GAS OD

TERAPIA ANTIANGIOGENICA AO CON EYLEA (AFLIBERCEPT) 3 DOSIS APLICAR 1 POR MES
EYLEA (AFLIBERCEPT 2MG) JER PRELL 0.177ML SOL INY BAYER TOTAL 1 MES

BRONFENACO 0.09% / 5ML APLICAR UNA GOTA 3 VECES AL DIA EN AMBOS HASTA TERMINAR OJOS TOTAL 1 FRASCO / 1 MES
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



DR. JORGE LUIS PONGO VALDERAS
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO - CE.330497

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: fd36b5aac894ab34d992af252cfa53b50955ed793eb2db9ea33c9d6099a225e735269ff4d39d23ea1b158ee5f18c9b68

No. FVSF 36412

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 09:25:36
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	884303		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES NUMERO AUTORIZACION: 2100718 SALCEDO GUTIERREZ FAVIO ALBERTO CC 88156293		UNIDAD	1.00	0	0.00	61,500.00	61,500.00

Son: Sesenta y Un Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 09:26:19

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	61,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	61,500
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	61,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
at+7Zc2Mv1XEC2vIcbOVz1EtMfIPaFPjkks4oj5LojF9AT5BonVup72HDa6FQaJJ0b28oqjIS90851WCZSweUEFUdVtoptsT6PYIT3P2oKAp1yIaiOc6Z0zo0xNcrZXIRYNx
yCl7gEY1pRBQlZqzhhwK7Kw/sodAyjkW7Bon585UMvXb+RBoii9u37xDVhERqPYu2oEVsDZPh4U2l8zcoaOFcJtfZHZ3sIFoBu5TlzsSnN2whudAWDZ8v7it9l+BeoiFnSZ
RIcseEv0KS9wwdxtO/u2aVCQAubDw6s+immfXnXBo/iTZ7kZodvR78RF+bsueVfm3Pe1tjgVEOnHs2w==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Fecha generación: 18/06/2024 07:40:47

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-2100718 **FECHA SOLICITUD:** 6/18/24 7:39 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FAVIO ALBERTO SALCEDO GUTIERREZ
DOCUMENTO: 88156293
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SLR
FUERZA: EJC
REGIONAL: NORORIENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H271	LUXACION DEL CRISTALINO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
TELÉFONO: 3158322263
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2100718	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIETNE CON DX LUXACION DEL CRISTALINO

CONTROL CON RESULTADOS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN GLAUCOMA*****PARA DETERMINAR **INTERFEROMETRÍA**

* RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES****OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 18/06/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 18/06/2025

Fundación Ver Sin Fronteras

101

FORMULA MEDICA

Nombre FABIO ALBERTO SALCEDO GUTIERREZ

Documento 88156293 **Fecha** Abril 09, 2024

Entidad

S.S. / RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES - (950610) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dx: H271 LUXACION DEL CRISTALINO

CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
R.M. 1127345741
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

1 de Agosto
3:00pm
Calle 55 #31-52
Antiguo Campestre

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **88.156.293**

SALCEDO GUTIERREZ

APELLIDOS

FAVIO ALBERTO

NOMBRES

Favio Alberto Salcedo Gutiérrez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-1970**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-SEP-1988 PAMPLONA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2716000-00125957-M-0088156293-20081108 0005546585A 1 7390000381



Recibo Nro. 884303

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 01, 2024
Fecha Facturación: Agosto 01, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 01, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 88156293 SALCEDO GUTIERREZ FABIO ALBERTO **Aut:2100718**

Edad: 54.1 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
950610 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	1	63,250.00	63,250.00

Son: SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	63,250.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	63,250.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

MNC-14

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

CLL 44 #37-37 CABECERA DEL LLANO

APRAMED

Código	Nombre	Sexo	Edad
88156293	**FAVIO ALBERTO SALCEDO**	**Masculino**	**54**

Examen
#15259 - 01/08/2024 15:06:10

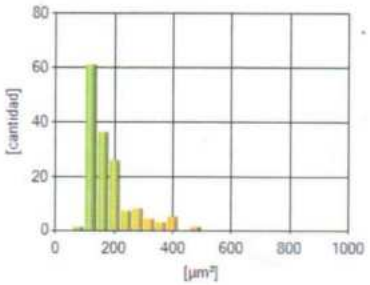
OD
Central

Densidad	**1.942** células/mm²
Área total	0,0782 mm²
Área medida	0,0236 mm²
# de células	152 células
Área (média ± DP)	155,30 ± 78,89 µm²
Coef. de variación	51%
Células hexagonales	31%
Paquimetria simulada	≈ µm

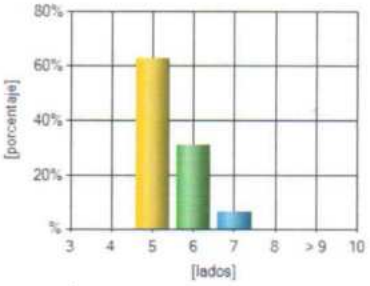
Procesamiento de las células



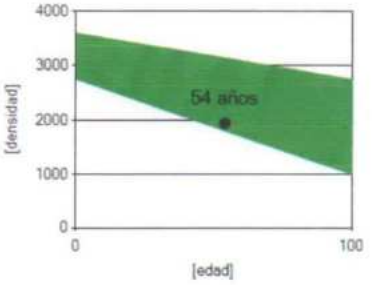
Polimegatismo



Pleomorfismo



Densidad estadística por edad



FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 83189aa05b745e76c2e1cce633a794d8c6b7e30a863d9d10acd2441349117a4322b67f650fe30af666e7853e1c48cfe7

No. FVSF 36414

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 09:36:41
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	884388		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTE EN RETINA Y VITREO NUMERO AUTORIZACION:1974664 ORTIZ ORTIZ SAMUEL CC 91178989		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 09:37:22

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: oYzFgGeocBW1NFRiZ3UG6nBnvIVX0ttUVkr38qOPfl0X+/CzW9lEDfqFlwNg9UTrNCtYq16xjr/XBzqnbNVGr87Iig+SJd3ncRc8kbEXCb6LlPEpNC38Uh6KJGWdBmBlMRQr7huZLzvJayv3kHZ3aL2r+oJDhAuOPAEZ5nsHM2PH4w91fQBowd0DHB3gA3dyby6ImhJ3sAdpFOp5XEKPatEm3VBGacO/NHVaHCqksy+G13/ab+D0FBDaCFmneGQPPUbtk/Z1LCrQjygv332X2AewBlkmi9iRGhLhjvSAUe30zG2NOTkHLXWpIv3zStxbdNHT0mNxF57400M8667b8A==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 07/06/2024 12:23:48

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-06-1974664 **FECHA SOLICITUD:** 6/7/24 12:23 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: SAMUEL ORTIZ ORTIZ
MUNICIPIO: PIEDECUESTA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 91178989
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-1974664	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	890376-6	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE CON DX CATARATA SENIL NUCLEAR

*DR JOSE LUIS PONGO VALDERAS RM 9036/11 OFTALMOLOGO - RETINOLOGO IPS VER SIN FRONTERAS // ATENCIÓN

* ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B****AMBOS OJOS
*CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA

FECHA DE VENCIMIENTO: 07/06/2025

AUTORIZADA POR:

WALTHER DUARTE PEREZ
1095924314

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 07/06/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre SAMUEL ORTIZ ORTIZ

Documento 91178989 **Fecha** Mayo 31, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890376) Ambos Ojos Cantidad: 2



Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
91178989
NUMERO
ORTIZ ORTIZ
APELLIDOS
SAMUEL
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1971
SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
30-NOV-1990 GIRON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-1500130-70107285-M-0091178989-20020911
0021902254H 01 122095466



Recibo Nro. 884388

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 02, 2024
Fecha Facturación: Agosto 02, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 02, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 91178989 ORTIZ ORTIZ SAMUEL **Aut:1974664**

Edad: 52.7 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890376 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	58,000.00	58,000.00

Son: CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	58,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	58,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: SAMUEL ORTIZ ORTIZ
Documento: CC 91178989 Fecha de Nac: Diciembre 19, 1971
Entidad: Edad: 52.7 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3156240382
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Agosto 02, 2024

MOTIVO: VALORACION OFTALMOLOGIA, PACIENTE CON PARACLINICOS PARA CX DE FACO + LIO OD
ANTECEDENTES: GENERALES
1.DIABETICO
OFTALMOLOGIA
1.NO USA GAFAS
2.NO CX

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

HORA: 09:23

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
CORNEA TRANSAPRENTE
CONJUTNIVA CLARA
IRIS SIN LESIONES
CRISTALINO CON OPACIDAD N2C1 SCP4
MIDRIASIS FARMACOLOGICA 80%
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
CORNEA TRANSAPRENTE
CONJUTNIVA CLARA
IRIS SIN LESIONES
CRISTALINO CON OPACIDAD N2C1 SCP2
MIDRIASIS FARMACOLOGICA 80%
FONDO DE OJO: O.D.:
RETINA APLICADA
FONDO DE OJO: O.I.:
RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.D.) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
PLAN:
PACIENTE CON PARACLINICOS COMPLETOS Y DENTRO DE LIMITES NORMALES

PACIENTE CON CATARATA OD, SE ENVIA CIRUGIA DE:

-FACO + LIO OD
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 2fc58a8d4195674b7e5af60f18223b69369fba6303a012a396e2b99084e77d3ed3f24c4ba5693724ea7c6ce77f19c9fb

No. FVSF 36415

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 09:42:43
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	884832		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 2009986 ROJAS BONILLA GONZALO CC 5762976		UNIDAD	2.00	0	0.00	128,900.00	257,800.00

Son: Doscientos Cincuenta y Siete Mil Ochocientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 09:43:24

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	257,800	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	257,800
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	257,800

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: dbMmJn5UeshvBfP5b28z3nwUjZheK6kBqA21Nuvron9vFWQPRSmLzf9NChi795iul2+LjlBK6H58mbdQ7bcLiRNu8sbvkiiyzWSZBQpIiXuoFiQOW4sIjKVxXh6jHleumBPf6nFVU8h230FS5hWlWTcttBtZFj5Ok/mV042qmGzalprqG9VZvpbgk4E/FMpEmTH98iFXguwYm3v+kYsx1NaIF9dhpmm+WF7xxVnvTrUopPtspMO4tTVYxxIihK+yJDViQa+SshM2lKuy+gC1aOfN1COLzT8AoKWzfgC0EdQMJG85Pv0H7B8/xcT+VixzAxniMtr6PQuimC0gyG4VXg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

884832

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: 11/06/2024 16:00:52

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-06-1081245 **FECHA SOLICITUD:** 6/11/24 4:00 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: GONZALO ROJAS BONILLA
MUNICIPIO: FLORIDABLANCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: TC
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5762976
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H348	OTRAS OCLUSIONES VASCULARES RETINIANAS	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2009986	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 31/5/2024 POR MEDICO OFTALMOLOGO JORGE LUIS PONGO DE FUNDACION VER SIN FRONTERAS. AMBOS OJOS.
FECHA DE VENCIMIENTO: 11/06/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre GONZALO ROJAS BONILLA

Documento 5762976 **Fecha** Mayo 31, 2024

Entidad

S.S. / TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR - (951902) Ambos Ojos Cantidad: 2

Observación: NERVIO OPTICO

Dx: H348 OTRAS OCLUSIONES VASCULARES RETINIANAS

JORGE L. PONGO
R.M. 9036/11
MD. OFTALMOLOGO-RETINOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.762.976

ROJAS BONILLA
APELLIDOS

GONZALO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1949
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-FEB-1971 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2719900-59157144-M-0005762976-20070428 01434 07117B 03 217341401



Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Recibo Nro. 884832

Fecha Servicio: Agosto 08, 2024
Fecha Facturación: Agosto 08, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 08, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5762976 ROJAS BONILLA GONZALO **Aut:2009986**

Edad: 75.3 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951902 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	128,900.00	257,800.00

Son: DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	257,800.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	257,800.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Patient: ROJAS, GONZALO
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator:
Disease: OTRAS OCLUSIONES VASCULARES

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 5762976

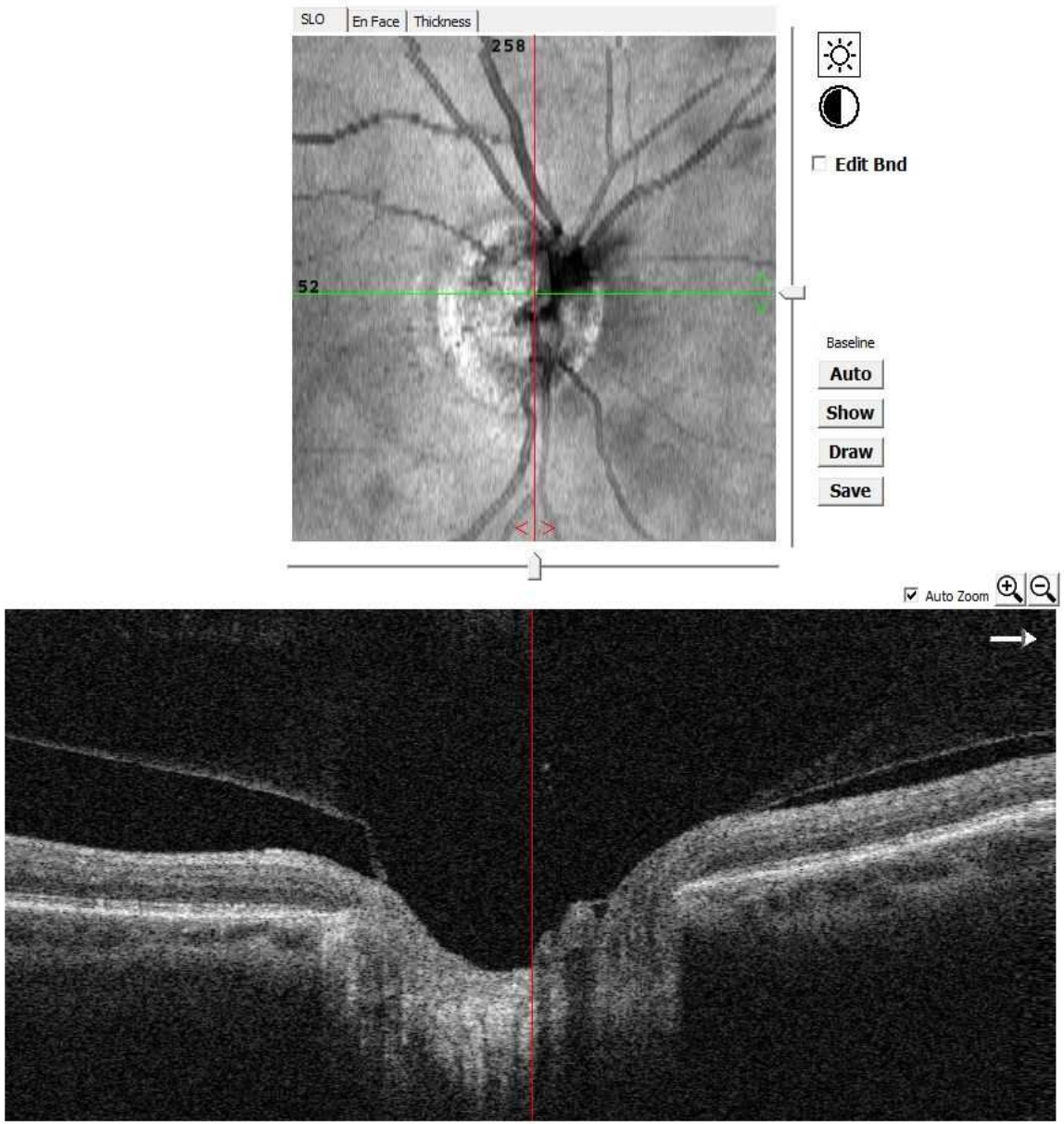
Exam Date: 08/08/2024
DOB(age): 02/05/1949 (75)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

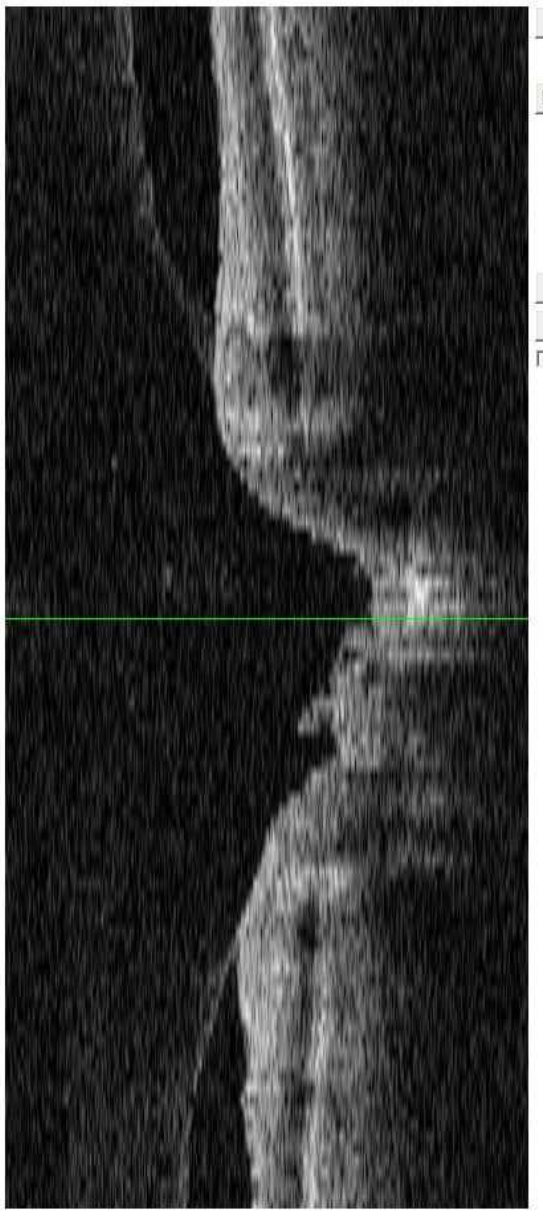
3D Disc

Signal Strength Index 70

Right / OD

6.00 x 6.00 Scan Size (mm)





Report Date: jueves 08/08/2024 09:07:26 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: ROJAS, GONZALO
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator:
Disease: OTRAS OCLUSIONES VASCULARES

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 5762976

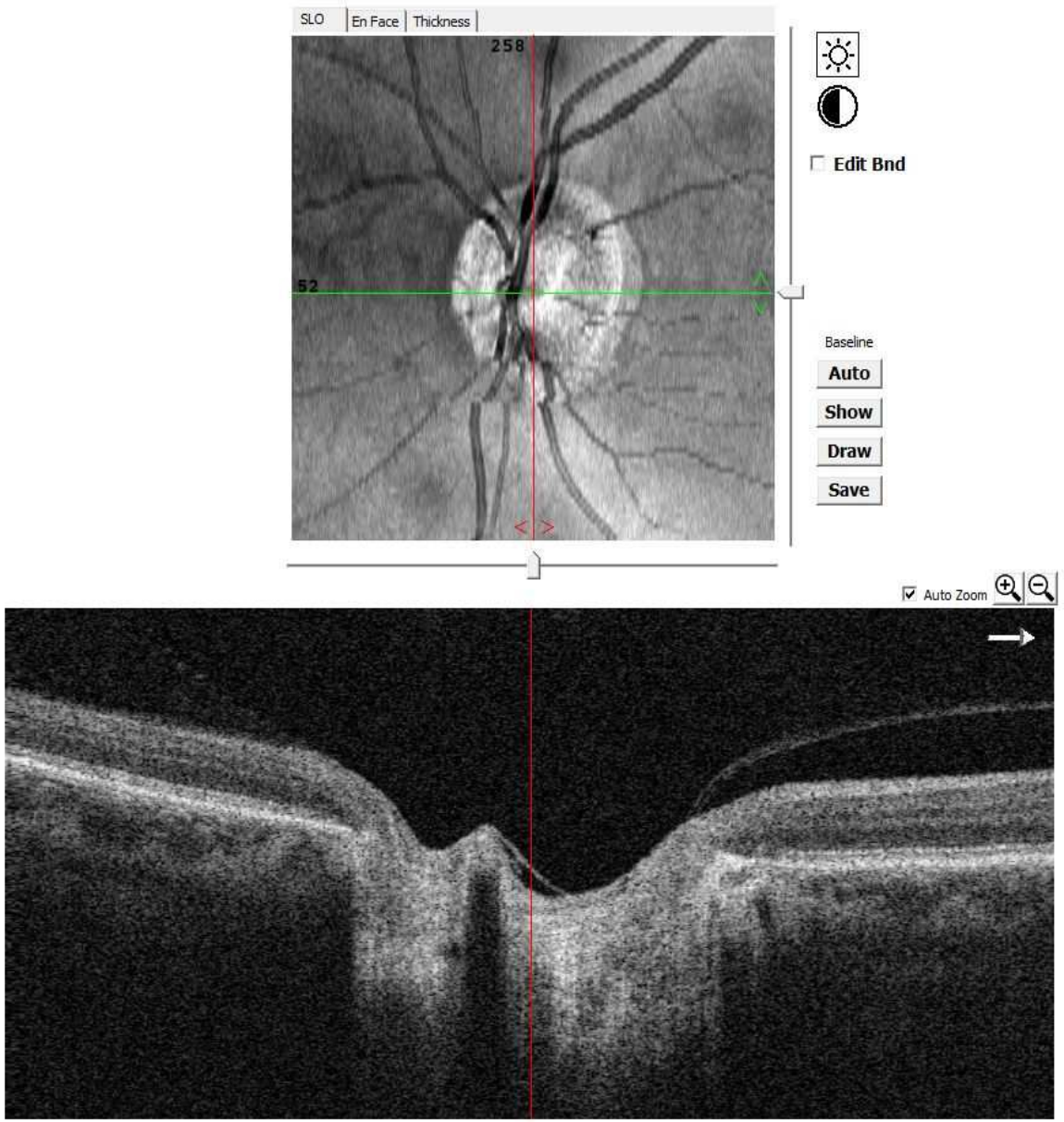
Exam Date: 08/08/2024
DOB(age): 02/05/1949 (75)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

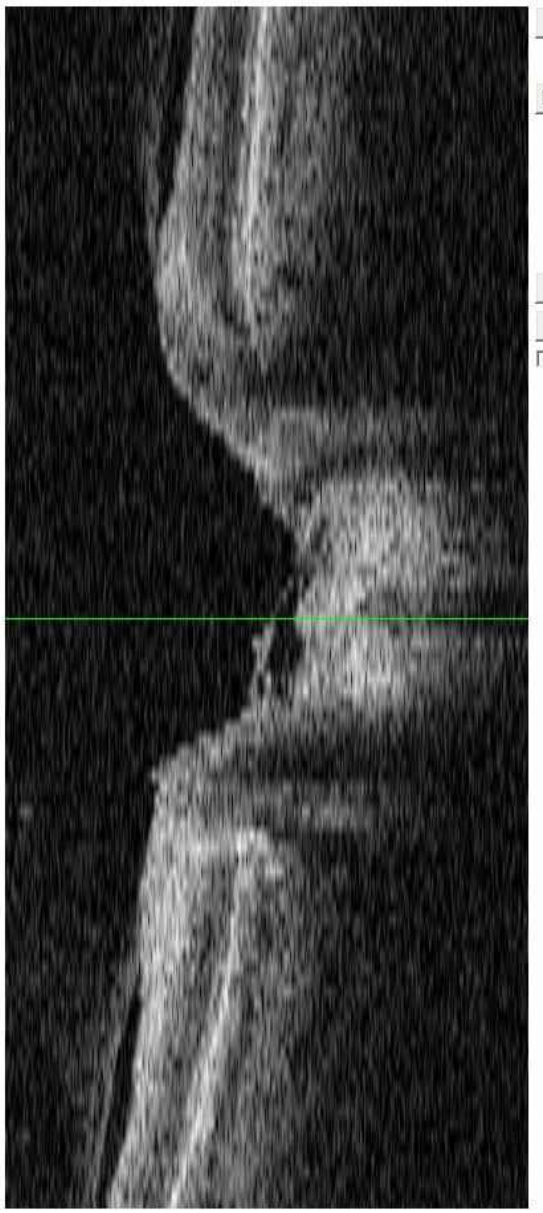
3D Disc

Signal Strength Index 68

Left / OS

6.00 x 6.00 Scan Size (mm)





Report Date: jueves 08/08/2024 09:07:42 Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: ROJAS, GONZALO
Physician: PONGO VALDERAS, DR. JORGE LUIS
Operator:
Disease: OTRAS OCLUSIONES VASCULARES

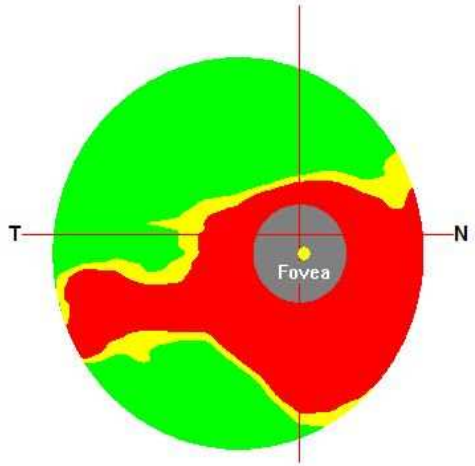
FUNDACION VER SIN FRONTERAS
CLL 44 #37-37
Gender: Male
ID: 5762976

Exam Date: 08/08/2024
DOB(age): 02/05/1949 (75)
Ethnicity: Hispanic
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

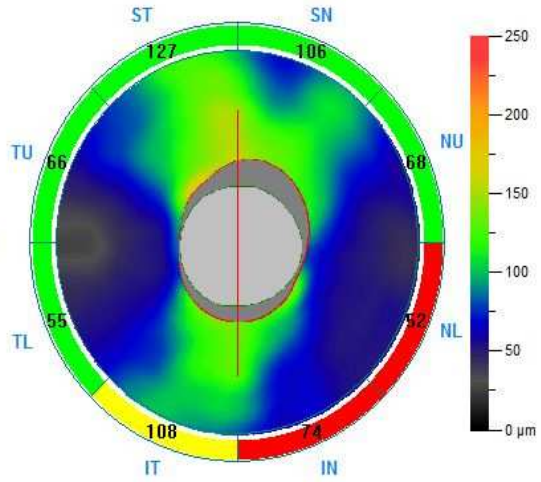
ONH/GCC OU Report

Right / OD

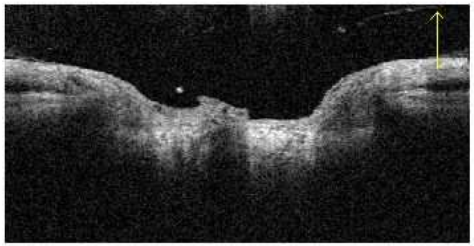
GCC NDB Reference

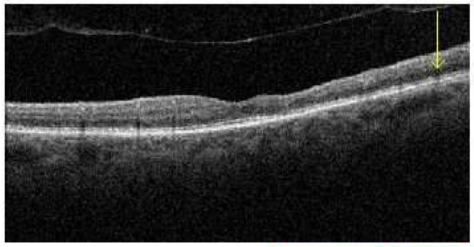


Optic Nerve Head Map



SSI: 62 Exam Date: 08/08/2024 SSI: 68





p≥5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal

Summary Parameters

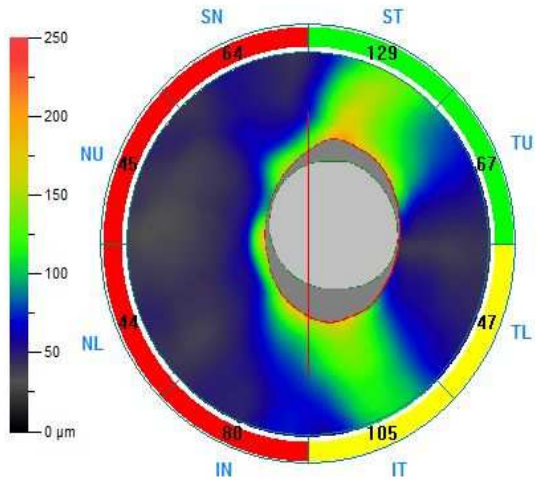
RNFL Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average RNFL (µm)	82	73	9
Superior RNFL (µm)	92	76	16
Inferior RNFL (µm)	72	69	3
Intra Eye (S-I) (µm)	20	7	N/A

ONH Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Cup/Disc Area Ratio	0.70	0.70	0.00
Cup/Disc V. Ratio	0.77	0.77	0.00
Cup/Disc H. Ratio	0.97	0.98	-0.01
Rim Area (mm^2)	0.86	0.98	-0.12
Disc Area (mm^2)	2.85	3.25	-0.40
Cup Volume (mm^3)	0.417	0.274	0.143

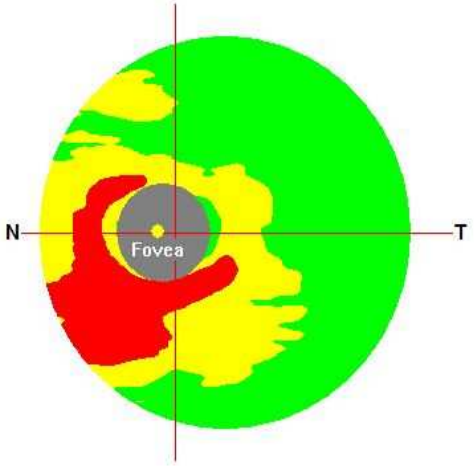
GCC Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average GCC (µm)	76	80	-4
Superior GCC (µm)	85	82	3
Inferior GCC (µm)	68	78	-10
Intra Eye (S-I) (µm)	17	4	N/A
FLV (%)	13.41	3.29	10.12
GLV (%)	19.13	14.03	5.10

Left / OS

Optic Nerve Head Map



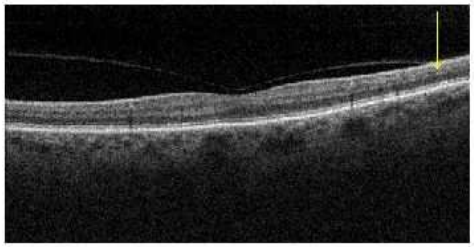
GCC NDB Reference



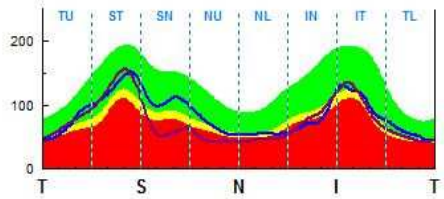
SSI: 68 Exam Date: 08/08/2024 SSI: 63

NDB Thickness



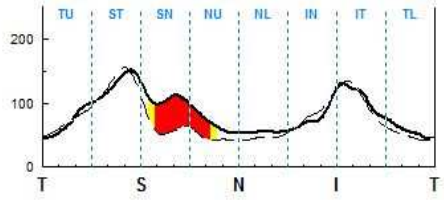


TSNIT NDB Reference



TSNIT Symmetry Plot

OD
OS
Solid line - OD
Dash line - OS



Report Date: jueves 08/08/2024 09:07:06 Software Version: 2018,1,0,33
Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: d8cb1296fc17048755520325c4b74e68bb4ec23544bf17a0df76293b80f73743a7d8237c800872a4826898667b681f14

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 36416**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 09:53:14
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	885942		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B		UNIDAD	1.00	0	0.00	110,000.00	110,000.00
		NUMERO AUTORIZACION: 2793443							
2	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		UNIDAD	1.00	0	0.00	61,500.00	61,500.00
		NUMERO AUTORIZACION: 2793442							
3	952001	BIOMETRIA OCULAR		UNIDAD	1.00	0	0.00	38,000.00	38,000.00
		NUMERO AUTORIZACION: 2793441							
		OSORIO PATIÑO JESUS ARSENIO CC 5035187							

Son: Doscientos Nueve Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 09:53:56

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	209,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	209,500
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	209,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: dbUeT+G6bmnXKh9W/2oFHfcBQoRP1wfTcS4e/dViNbf11AKhSC774Fjtazb8Gd6bAbmMf06oTHCo0NZx221ilGCn+21ytxELlZjZ6N7fUVBIvXyCpnVpe6uTsTjAvBP666RA7j8LB3VNl+slnUakBw2QIenuQUHDSlucZQKsTSHoD6wNBIP1Po0ynAPCZMYTB26wmMYE77PZ5l7huOaUvB22giuOQ6gpG9cvZQWtCQpz7+1obRlAV3vO+t3A7wN9H+AUuf1IYne9ctXHXPcCiiKozd7atssDOa948rXl3OvyBxQiT3kQAuAP1uWEn3GHkW3AYhPCH5SEOV4yYJvLJA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 07/08/2024 11:18:59

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-08-2793443 **FECHA SOLICITUD:** 8/7/24 11:18 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JESUS ARSENIO OSORIO PATIÑO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SS
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 5035187
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-08-2793443	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	951302	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
SE TRANSCRIBE Y AUTORIZA ORDEN MEDICA DEL DR ANGELA MARIA CRUZ OFTALMOLOGA VER SIN FRONTERAS

**********SE AUTORIZA CON CARGO DE RECONOCIMIENTO DEL GASTO**********

DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD:
SS/ ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B OJO DERECHO
FECHA DE VENCIMIENTO: 07/08/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 07/08/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre JESUS ARSENIO OSORIO PATIÑO

Documento 5035187 **Fecha** Julio 09, 2024

Entidad

S.S. / BIOMETRIA OCULAR - (952001) Ojo Derecho Cantidad: 1

Fundación Ver Sin Fronteras
NIT. 900.707.850-4

Dx: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre JESUS ARSENIO OSORIO PATIÑO

Documento 5035187 **Fecha** Julio 09, 2024

Entidad

S.S. / ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B - (951302) Ojo Derecho Cantidad: 1

Fundación Ver Sin Fronteras
NIT. 900.707.850-0

Dx: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.035.187

OSORIO PATIÑO
APELLIDOS

JESUS ARSENIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1962
GONZALEZ
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

19-OCT-1981 GONZALEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2709100-59153282-M-0005035187-20070208 00761 07039O 02 217016015



Recibo Nro. 885942

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 17, 2024
Fecha Facturación: Agosto 17, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 17, 2024
RESP: 1F

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5035187 OSORIO PATIÑO JESUS ARSENIO **Aut:2793443**

Edad: 62.1 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951302 ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	1	115,000.00	115,000.00
950610 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	1	63,250.00	63,250.00
952001 BIOMETRIA OCULAR	1	41,400.00	41,400.00

Son: DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	219,650.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	219,650.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

Apellido: **OSORIO, JESUS ARSENIO**
No. ident.: **5035187**
Fecha de nacimiento: **29/07/1962**
Fecha medición: **13/08/2024**

Operador: **FUNDACION**
Fórmula: **SRK®/T**
n: **1.3375**

ZEISS

Datos preoperatorios:

AL: **24.10 mm (*)**
K1: **41.51 D / 8.13 mm @ 10°**
K2: **42.03 D / 8.03 mm @ 100°**
Equiv. esf.: **41.77 D**
Cil.: **-0.52 D @ 10°**
R: **8.08 mm (SD = 0.00 mm)**

Refr. aspirada: **0.05 D**
ACD ópt.: **3.92 mm**

Agudeza visual:
Refracción:
Estado: **Fáquico**

OD
ojo derecho

ACRYFOLD		**EYECRIL ACTVDIYH600**		**EYECRIL PLUS ASHFY60**		**EYECRIL PLUS-600ROH**	
Const. A:	118.4	Const. A:	118	Const. A:	118.5	Const. A:	118.7
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.0	-1.01	21.5	-0.99	22.0	-0.92	22.5	-1.11
21.5	-0.64	21.0	-0.62	21.5	-0.56	22.0	-0.75
21.0	-0.28	20.5	-0.25	21.0	-0.20	21.5	-0.39
20.5	**0.08**	**20.0**	**0.12**	**20.5**	**0.16**	**21.0**	**-0.03**
20.0	0.43	19.5	0.48	20.0	0.51	20.5	0.32
19.5	0.78	19.0	0.84	19.5	0.86	20.0	0.67
19.0	1.13	18.5	1.19	19.0	1.20	19.5	1.01
Emet. IOL: 20.61		Emet. IOL: 20.16		Emet. IOL: 20.72		Emet. IOL: 20.96	

Datos preoperatorios:

AL:
K:

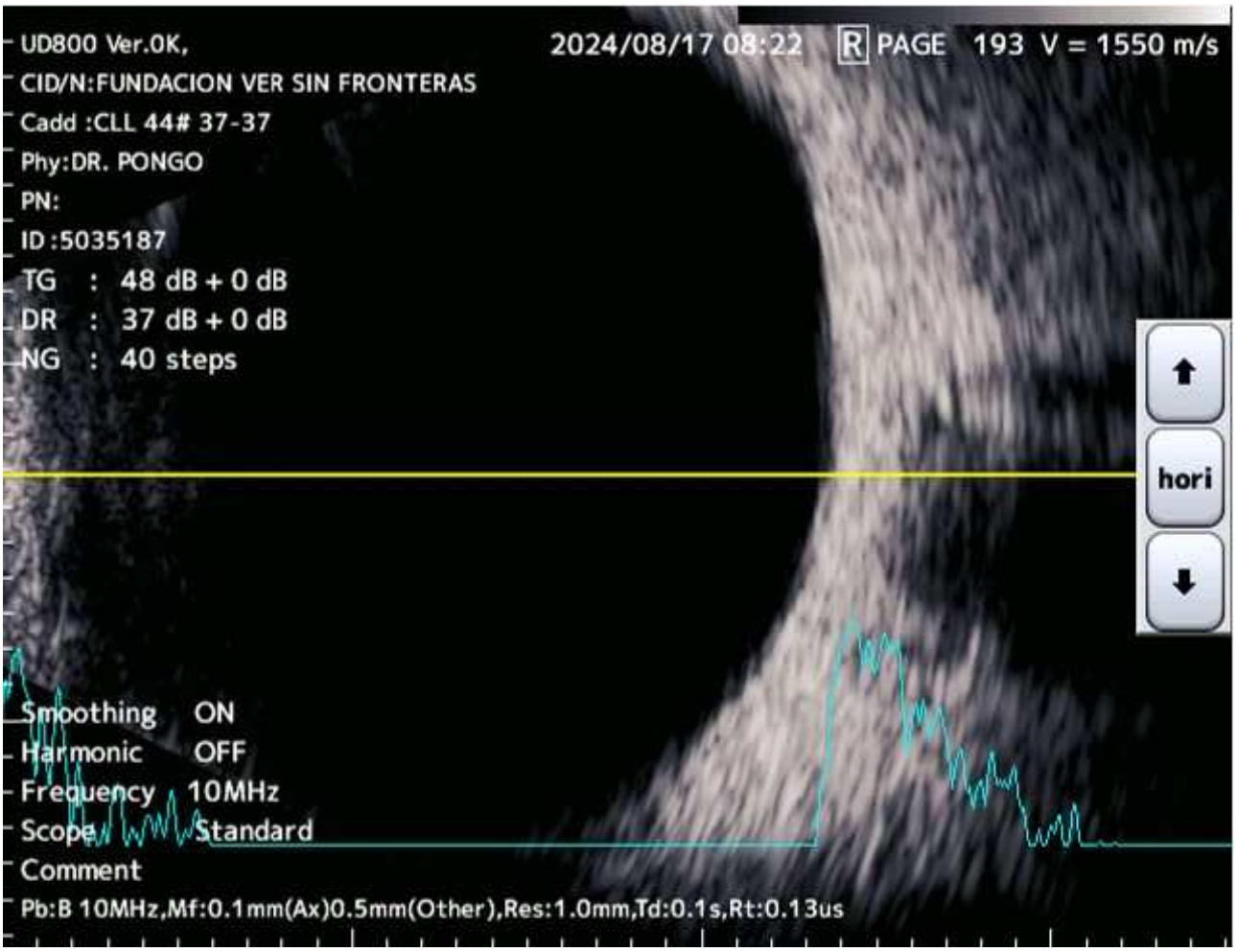
Refr. aspirada: **0.05 D**
ACD ópt.:

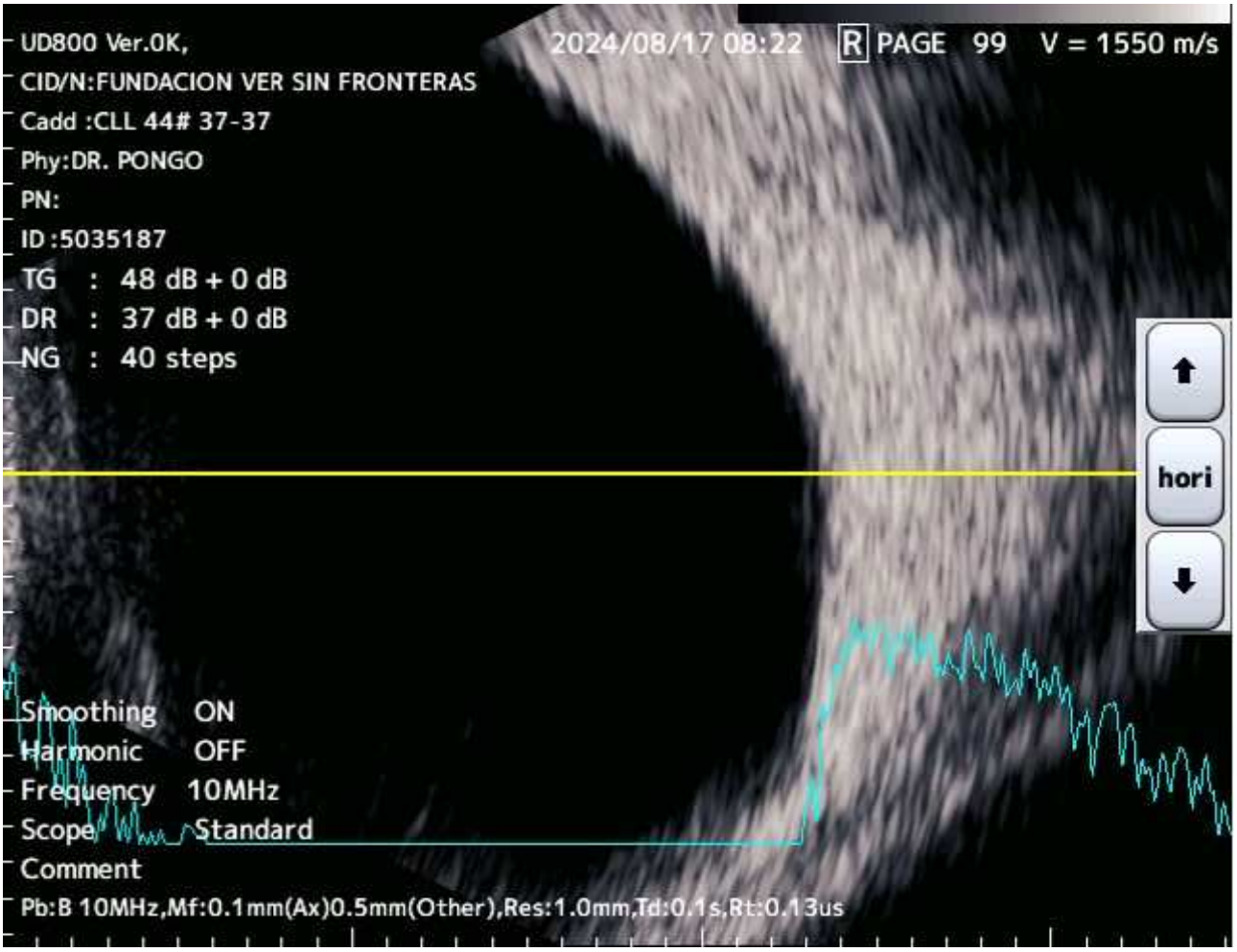
Agudeza visual:
Refracción:
Estado: **Fáquico**

OS
ojo izquierdo

ACRYFOLD		**EYECRIL ACTVDIYH600**		**EYECRIL PLUS ASHFY60**		**EYECRIL PLUS-600ROH**	
Const. A:	118.4	Const. A:	118	Const. A:	118.5	Const. A:	118.7
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)

(* = Cambiar manualmente, ! = Valor límite)

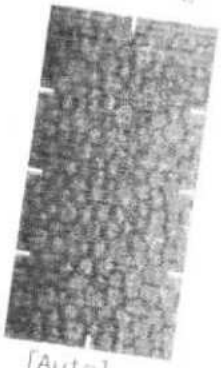

UD800 Ver.0K,
2024/08/17 08:22
R PAGE 193 V = 1550 m/s
CID/N:FUNDACION VER SIN FRONTERAS
Cadd :CLL 44# 37-37
Phy:DR. PONGO
PN:
ID :5035187
TG : 48 dB + 0 dB
DR : 37 dB + 0 dB
NG : 40 steps
hori
Smoothing ON
Harmonic OFF
Frequency 10MHz
Scope Standard
Comment
Pb:B 10MHz,Mf:0.1mm(Ax)0.5mm(Other),Res:1.0mm,Td:0.1s,Rt:0.13us


UD800 Ver.0K,
2024/08/17 08:22
R PAGE 99 V = 1550 m/s
CID/N:FUNDACION VER SIN FRONTERAS
Cadd :CLL 44# 37-37
Phy:DR. PONGO
PN:
ID :5035187
TG : 48 dB + 0 dB
DR : 37 dB + 0 dB
NG : 40 steps
hori
Smoothing ON
Harmonic OFF
Frequency 10MHz
Scope Standard
Comment
Pb:B 10MHz,Mf:0.1mm(Ax)0.5mm(Other),Res:1.0mm,Td:0.1s,Rt:0.13us

YMD:17/Aug/2024 08:14:27
EM-4000 Ver. 1R

ID :5035187
Name:JESUS ARSENIO OSORI
O
Sex :Male

RIGHT
FIX C



[Auto]

NUM	261
CD	2720
AVG	368
SD	134
CV	36
MAX	786
MIN	99
GA	49

CCI 531

(D)

Print:17/Aug/2024 08:14
TN FRONTERAS

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 95d8dd05cc7f0ba555edb3f1241b357d8dd16d6598e996512336947c080e310117a326da7bc60bd4570b8b3a2427300c

No. FVSF 36418

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 10:17:08
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	884869		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	952001	BIOMETRIA OCULAR		UNIDAD	1.00	0	0.00	38,000.00	38,000.00
		NUMERO AUTORIZACION:1865017							
2	951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B		UNIDAD	1.00	0	0.00	110,000.00	110,000.00
		NUMERO AUTORIZACION: 1865018							
3	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		UNIDAD	1.00	0	0.00	61,500.00	61,500.00
		NUMERO AUTORIZACION: 1865019							
		FERNANDEZ FERNANDEZ CLARA IN ES CC 37791898							

Son: Doscientos Nueve Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 10:17:49

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	209,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	209,500
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	209,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: aVQkY2lxU0WYD4CdyynqTlL71pRdF5jBEkTCvQS1DqxfX/p66kZbG2dvOWZrYjwonHsSCY3DW8hHlCs3lQtbeey3hmQcZ3PAjFBt+QGOV9VvJ4RTsQw2SAPEPVN/CXxpmkcLWP5UAhGHSDknMN5X+OK2LHDOXnr7OsnKRwUTgT0cUQyffdME5KQAebaJZq7iDS4JPH/eFSVmsp0LtYOMmNOegv+v99tuqGe0o2/xk31twQyxgSMLZh4L303KNPaTl+ZUfKwtCL9IwZjj6BNQQbhwqI2t1UXln3xClTBago6E5dYpddfyhOa+scsabLAJloWY0Wi0T7d4rVzwZlSsRg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 05/06/2024 08:31:45

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-05-1865019 **FECHA SOLICITUD:** 5/30/24 11:24 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: CLARA INES FERNANDEZ FERNANDEZ
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SV
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37791898
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1865019	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	950610	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.**
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALORADO POR SEGMENTO ANTERIOR DR CARLOS UTRERA VER SIN FRONTERAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/05/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 30/05/2025

Fecha generación: 05/06/2024 08:31:58

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-05-1865018 **FECHA SOLICITUD:** 5/30/24 11:24 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: CLARA INES FERNANDEZ FERNANDEZ
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SV
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37791898
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1865018	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	951302	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.**
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALORADO POR SEGMENTO ANTERIOR DR CARLOS UTRERA VER SIN FRONTERAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/05/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 30/05/2025

Fecha generación: 05/06/2024 08:32:10

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-05-1865017 **FECHA SOLICITUD:** 5/30/24 11:24 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: CLARA INES FERNANDEZ FERNANDEZ
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SV
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 37791898
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1865017	BIOMETRÍA OCULAR	952001	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.**
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE VALORADO POR SEGMENTO ANTERIOR DR CARLOS UTRERA VER SIN FRONTERAS

FECHA DE VENCIMIENTO: 30/05/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 30/05/2025

Fundación Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre CLARA INES FERNANDEZ FERNANDEZ

Documento 37791898 **Fecha** Mayo 20, 2024

Entidad

S.S. / ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B - (951302) Ojo Izquierdo Cantidad: 1

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

CARLOS UTRERA NA
R.M. 1127345741
OFTALMOLIGIA

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre CLARA INES FERNANDEZ FERNANDEZ

Documento 37791898 **Fecha** Mayo 20, 2024

Entidad

S.S. / RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES - (950610) Ojo Izquierdo Cantidad: 1

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

CARLOS UTRERA NA
R.M. 1127345741
OFTALMOLIGIA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.791.898**

FERNANDEZ FERNANDEZ

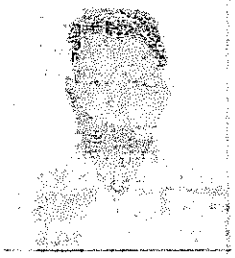
APELLIDOS

CLARA INES

NOMBRES

Clara Inés Fernández Fernández

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1948**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-MAR-1969 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2709100-00128828-F-0037791898-20081117 0005210607A 1 7420008081

FORMULA MEDICA

Nombre CLARA INES FERNANDEZ FERNANDEZ

Documento 37791898 **Fecha** Mayo 20, 2024

Entidad

S.S. / BIOMETRIA OCULAR - (952001) Ojo Izquierdo Cantidad: 1



Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

CARLOS UTRERA NA
R.M. 1127345741
OFTALMOLIGIA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090 CODIGO: 680010493001

SONOMED

EXAM. RECORD 08/08/24 12:09 PM

PATIENT ..... CLARA I FERNANDEZ
ID 37791898
EYE EXAMINED .... OS, 10MHZ
CATARACT

IOL CALCULATIONS: THEORETIC-T

K1=42.00D	AXL=22.40MM
K2=44.25D	ACD= 2.68MM
	LENS= 3.33MM

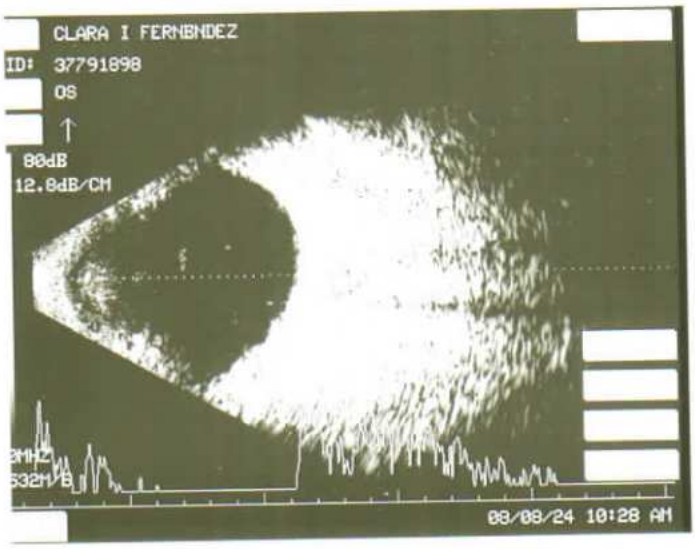
LENS1		L2:DEFAULT2	
A1= 118.30D		A2= 115.80D	
24.26D	0.00D	21.10D	0.00D

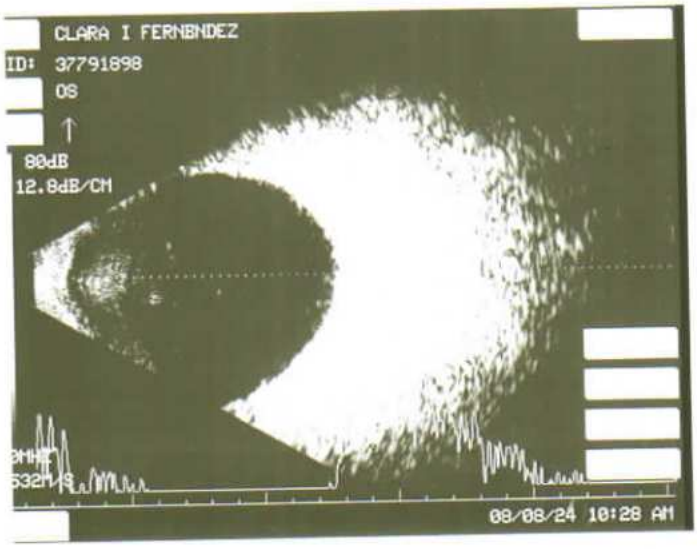
IOL	REFR	IOL	REFR
24.75	-0.36	21.50	-0.33
24.50	-0.18	21.25	-0.12
⊦⊦ 24.25	0.01	⊦⊦ 21.00	0.08
24.00	0.19	20.75	0.29
23.75	0.37	20.50	0.49

LENS3		LENS4	
A3= 118.00D		A4= 118.50D	
23.84D	0.00D	24.54D	0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
24.25	-0.30	25.00	-0.33
24.00	-0.12	24.75	-0.15
⊦⊦ 23.75	0.07	⊦⊦ 24.50	0.03
23.50	0.25	24.25	0.21
23.25	0.44	24.00	0.39

USER ..... JULIO PICO


CLARA I FERNBNDEZ
ID: 37791898
OS
80dB
12.8dB/CM
08/08/24 10:28 AM


CLARA I FERNBNDEZ
ID: 37791898
OS
80dB
12.8dB/CM
08/08/24 10:28 AM

MNC-14

FUNDACION VER SIN FRONTERAS

CLL 44 #37-37 CABECERA DEL LLANO

APRAMED

Código	Nombre	Sexo	Edad
37791898	**CLARA INES FERNANDEZ**	**Femenino**	**76**

Examen
#15321 - 08/08/2024 10:57:03

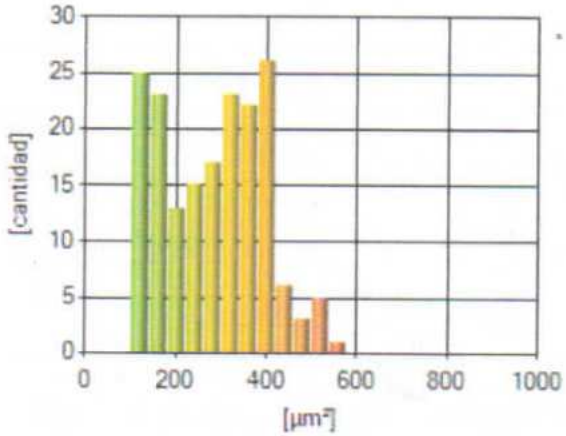
OS
Central

Densidad	**2.548** células/mm²
Área total	0,0702 mm²
Área medida	0,0470 mm²
# de células	179 células
Área (média ± DP)	262,34 ± 110,78 µm²
Coef. de variación	42%
Células hexagonales	52%
Paquimetria simulada	≈ 550 µm

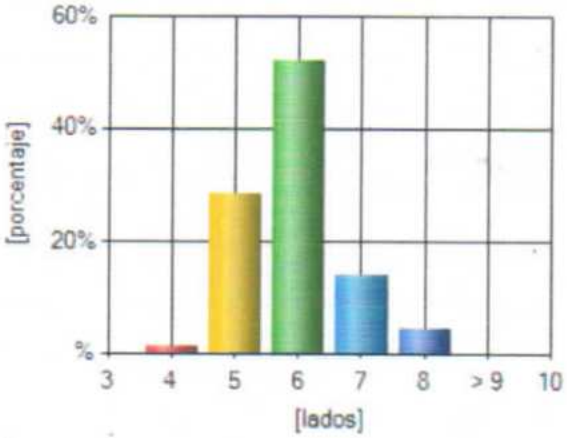
Procesamiento de las células



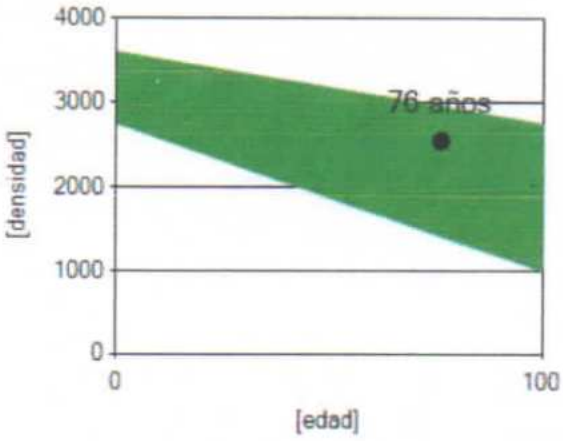
Polimegatismo



Pleomorfismo



Densidad estadística por edad





Recibo Nro. 884869

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 08, 2024
Fecha Facturación: Agosto 08, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 08, 2024
RESP: 1W

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 37791898 FERNANDEZ FERNANDEZ CLARA INES **Aut:1865019**

Edad: 76.5 Años Sexo: Femenino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
951302 ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	1	115,000.00	115,000.00
950610 RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	1	63,250.00	63,250.00
952001 BIOMETRIA OCULAR	1	41,400.00	41,400.00

Son: DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	219,650.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	219,650.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 29a9a131418f2c24ea41dcae842795236535dd7557f47d5afb01fc8e69a49a28471993223b0c625aded4cbba8da60148

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		**No. FVSF 36419**
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 10:28:50
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	885041		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA NUMERO AUTORIZACION: 2028458 QUINTERO PACHECO MIGUEL CC 1093909118		UNIDAD	1.00	0	0.00	47,500.00	47,500.00

Son: Cuarenta y Siete Mil quinientos Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 10:29:32

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	47,500	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	47,500
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	47,500

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital
ueRFL91p+TmAe29RQuyVgrjD7YMYC+RGGVM0BOzuTNK1NLLlm7R+lIh1Pb6wzRUF63T7OT413la7aYK2iso55peHZXe8KdjkWp3qAoVGHTvwfStK6cWNtWKGvAF
pJ8waByFgVUqh8bTDA0pgAxn8dQ2FGe0cY0P3KZmJ+H0dYFTRKyuCgkTr3fLJkq85MHnYYpM0QFQwRxh+FomHhen0SC6magnjTtOYZbEkHx0MHXei0svVyVmTy1
nZJQOtgXwwXxM24eAK2TG3BwjBLUzs5PNIW6XIC2w6wpmVY5SiH376dwqh2H7IupTa2CriH8Ruisc6Uh0uLZNkJjCURfPoVA==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 12/06/2024 14:55:24

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-2028458 **FECHA SOLICITUD:** 6/12/24 2:54 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MIGUEL QUINTERO PACHECO
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 1093909118
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-06-2028458	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA	890376-4	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: . **DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.****

OBSERVACIÓN SOLICITUD: POSTERIOR A TRAUMA HACE CASI 2 MESES VE BORROSO POR OJO IZQUIERDO, QUE ES OJO AFECTADO POR EL TRAUMA, AL FONDO DE OJO IMPRESIONA EDEMA DE BERLIN , SE INDICA OCT , DE MACULA , GOTAS DE AINE Y CONTROL POR RETINA, ADEMAS AMERITA VALORACIÓN POR OCULOPLASTIA , PARA EVALUAR SECUELAS DE TRAUMA . CONTROL POR DISPENSARIO EN 3 MESES
FECHA DE VENCIMIENTO: 12/06/2025

AUTORIZADA POR:

CINDY MARCELA SANTIAGO SANCHEZ
1065599880

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 12/06/2025

- Calle 55 # 31 - 28 a 30 agosto 11:10 AM

Powered by CamScanner

Fecha y hora de generación: 04/06/2024 18:15:55

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-06-283732 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 6/4/24 6:15 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MIGUEL QUINTERO PACHECO
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: CL 16 C 10 D 56
CORREO ELECTRÓNICO: miguelquinteropacheco03@gmail.com
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: SLP
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Consulta externa

FECHA DE NACIMIENTO: 01/12/1988
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1093909118
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 68001820093
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Fernando Ulloa
Médico Oftalmólogo
Cornea - Segmento Anterior
R.C. 1127345747

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890376-6	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	Oftalmologia (CE) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

POSTERIOR A TRAUMA HACE CASI 2 MESES VE BORROSO POR OJO IZQUIERDO, QUE ES OJO AFECTADO POR EL TRAUMA, AL FONDO DE OJO IMPRESIONA EDEMA DE BERLIN , SE INDICA OCT , DE MACULA , GOTAS DE AINE Y CONTROL POR RETINA, ADEMAS AMERITA VALORACIÓN POR OCULOPLASTIA , PARA EVALUAR SECUELAS DE TRAUMA . CONTROL POR DISPENSARIO EN 3 MESES

890376-4	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA	Oftalmologia (CE) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

POSTERIOR A TRAUMA HACE CASI 2 MESES VE BORROSO POR OJO IZQUIERDO, QUE ES OJO AFECTADO POR EL TRAUMA, AL FONDO DE OJO IMPRESIONA EDEMA DE BERLIN , SE INDICA OCT , DE MACULA , GOTAS DE AINE Y CONTROL POR RETINA, ADEMAS AMERITA VALORACIÓN POR OCULOPLASTIA , PARA EVALUAR SECUELAS DE TRAUMA . CONTROL POR DISPENSARIO EN 3 MESES

951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Oftalmologia (CE) - SSFM	2

OBSERVACIÓN

POSTERIOR A TRAUMA HACE CASI 2 MESES VE BORROSO POR OJO IZQUIERDO, QUE ES OJO AFECTADO POR EL TRAUMA, AL FONDO DE OJO IMPRESIONA EDEMA DE BERLIN , SE INDICA OCT , DE MACULA , GOTAS DE AINE Y CONTROL POR RETINA, ADEMAS AMERITA VALORACIÓN POR OCULOPLASTIA , PARA EVALUAR SECUELAS DE TRAUMA . CONTROL POR DISPENSARIO EN 3 MESES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

10 DE ABRIL 2024 , TRAUMA FACIAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO , CON MULTIPLES FRACTURAS FACIALES Y DE CRANEO, CON CX MAXILOFACIAL 14 DE ABRIL , CON RECONTRUCCION MAXILAR IZQUIERDA , ACTUALMENTE SIENTE DOLOR OI , Y VE BORROSA Y NIEGA VISIÓN BORROSA

HALLAZGO

10 DE ABRIL 2024 , TRAUMA FACIAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO , CON MULTIPLES FRACTURAS FACIALES Y DE CRANEO, CON CX MAXILOFACIAL 14 DE ABRIL , CON RECONTRUCCION MAXILAR IZQUIERDA , ACTUALMENTE SIENTE DOLOR OI , Y VE BORROSA Y NIEGA VISIÓN BORROSA

EXÁMENES FÍSICOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.093.909.118**

QUINTERO PACHECO

APELLIDOS

MIGUEL

NOMBRES

MIGUEL QUINTERO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1988**

TIBU
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

04-MAY-2007 TIBU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2509300-00246017-M-1093909118-20100724 0023022062A 3 34368594



Recibo Nro. 885041

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 09, 2024
Fecha Facturación: Agosto 09, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 09, 2024
RESP: 1W

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 1093909118 QUINTERO PACHECO MIGUEL **Aut:2028458**

Edad: 35.7 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: MIGUEL QUINTERO PACHECO
Documento: CC 1093909118 Fecha de Nac: Diciembre 01, 1988
Entidad: Edad: 35.7 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3166303288
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Agosto 09, 2024

MOTIVO: PACIENTE DE 36 AÑOS EDAD, REFIERE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO C/C FX PISO Y TECHO ORBITA IZQUIERDA + DESCOMPRESION ORBITARIA IZQ. 10/04/2024. NIEGA DIPLOPIA DOLOR U OTROS SINTOMAS OCULARES.

ES REMITIDO DE OFTALMOLOGIA GENERAL PARA CONCEPTO DE OCP.

TTO OCULARES: NIEGA
ANTECEDENTES: *DOMICILIO. BGA

*TELEFONO: 3102933746

*EPS: FFMM

*GENERALES Y FARMACOLOGICOS:
-FX FACIAL Y DE BASE DE CRANEO 10/04/24 REDUCCION QUIRURGICA CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS. (ACCIDENTE DE TRANSITO)

*ALERGICOS: NIEGA

*OCULARES.
FX PISO Y TECHO ORBITA IZQUIERDA + DESCOMPRESION ORBITARIA IZQ. 10/04/2024
CX NIEGA
-GAFAS NO

*FAMILIARES: NIEGA GLAUCOMA U OTROS.

*OPTOMETRIAS: NO HAY REPORTE.

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

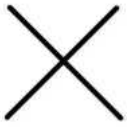
PIO: OD: 12 **OI:** 12

HORA: 11:55

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo:





BIOMICROSCOPIA: O.D.:
MOE CONSERVADO
ORTOFORIA EN PPM
PÁRPADOS SANO
NO LAGOFTLAMO
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL.
CRISTALINO CLARO

BIOMICROSCOPIA: O.I.:
MOE CONSERVADO
ORTOFORIA EN PPM
PÁRPADOS SANO
NO LAGOFTLAMO
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CÁMARA ANTERIOR FORMADA GRADO 3
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL.
CRISTALINO CLARO
FONDO DE OJO: O.D.:
SIN DILATAR., DISCO ROSADO EXC 0.3. BRILLO FOVEAL. RESTO NO VALORABLE.
FONDO DE OJO: O.I.:
SIN DILATAR., DISCO ROSADO EXC 0.3. BRILLO FOVEAL. RESTO NO VALORABLE.

Nombre: MIGUEL QUINTERO PACHECO
Documento: CC 1093909118 Fecha de Nac: Diciembre 01, 1988
Entidad: Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3166303288
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Agosto 09, 2024

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.I.) H110 PTERIGION
Diagnóstico Rel 1: (O.I.) Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA
PLAN:
1. ANTECEDENTE DE FX ORBITARIA IZQUIERDA SIN SECUELAS OCULARES APARENTES. REFIERE VISION NORMAL. NIEGA DIPLOPIA. PENDIENTE REPORTE DE OPTOMETRIA. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

2. PTERIGION OJO IZQUIERDO. INDICO TTO + RECOMENDACIONES.

PLAN:

1. OPTOMETRIA

2. CITA POR OFTALMOLOGIA DRA ANGELA CRUZ AL TENER REPORTE DE OPTOMETRIA.

3. POLIETILENGLICOL 4 MG/ML + PROPILENGILICOL 3 MG/ML (COLIRIO) APLICAR 1 GOTA CADA 8 HORAS EN AMBOS OJOS. 4 FRASCOS/04 MESES-

4. PROLONGO INCAPACIDAD POR 10 DIAS A PARTIR DE HOY , EN ESPERA DE VALORACION POR NEUROCIRUGIA. PARA DEFINIR SI ESTA APTO PARA REINCORPORACION A SU ACTIVIDAD LABORAL.

Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



ANGELA MARIA CRUZ
R.M. 1127339294
OFTALMOLOGA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: c779519830d1ba7fda1f228b6e01b47d92179c93fe290f6428e00a7fbaa4e4c45a27a8345d09f6abfd9301507d1b0221

No. FVSF 36421

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 10:40:16
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	36420		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 1526769 BOHOQUEZ PORRAS MARIA OLIVIA CC 63284070		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 10:40:58

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
XDDRV7PZPmF0tOOai1NYUSDbYl0sjGL9dAR5rOf0ernlzY5d4TDa0v1R5+bvzOLfh9JC5nd6m1d0AGMLV5MJCNcMh2ufC402ZY9o+VElqCClk3soUXXS4x/f/0xphAjB
MTAEs56EbMXrTS7KJoU6IOs09yw3UUQ/ghfOMa56z30CP0OcxepAaUGrge3y3VOIRVuq/IUZp3B4A/8yN+qqXJVbVlXofYn5DNtR+36IHvyodVNdPrdBG04O/c6xn7lQ
0nOJ38ZKGTTcyNBrUCZNWYcKwCiZyQGJ122VVrSk3DRoguYFFFiPNZzNH8fUpToVySGd5pUrDdSR/nEwRxd+sg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Fecha generación: 07/05/2024 14:39:04

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-05-1526769 **FECHA SOLICITUD:** 5/7/24 2:39 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA OLIVA BOHORQUEZ PORRAS
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: CS
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 63284070
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CODIGO ESM O UPGD: 6800104930

TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1526769	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	890276-2	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN:
DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 30/04/2024 POR MEDICO OFTALMOLOGO CARLOS FERNANDO UTRERA DE FUNDACIN VER SIN FRONTERAS. CONTROL CON RESULTADOS CONSEGMENTO ANTERIOR.
FECHA DE VENCIMIENTO: 07/05/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 07/05/2025

Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre MARIA OLIVIA BOHOQUEZ PORRAS

Documento 63284070 **Fecha** Abril 30, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - (890276) Ambos Ojos Cantidad: 2

Observación: CONTROL CON RESULTADOS CON SEGMWENTO ANTERIOR

Dx: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR

CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
R.M. 1127345741
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
BOHORQUEZ PORRAS

NUIP 63.284.070

Nombres
MARIA OLIVA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
19 SEPT 1952

G.S.
AB-

Lugar de nacimiento
SAN LUIS DE GACENO (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
27 ABR 1979, BUCARAMANGA

Firma

Fecha de expiración
21 JUN 2033

.CO

025347577

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL025347577427001<<<<<<<<<<
5209196F3306219COL63284070<<<8
BOHORQUEZ<PORRAS<<MARIA<OLIVA<



Recibo Nro. 885226

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 12, 2024
Fecha Facturación: Agosto 12, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 12, 2024
RESP: 1W

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 63284070 BOHOQUEZ PORRAS MARIA OLIVIA **Aut:1526769**

Edad: 71.9 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: MARIA OLIVIA BOHOQUEZ PORRAS
Documento: CC 63284070 Fecha de Nac: Septiembre 19, 1952
Entidad: Edad: 71.9 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3112413670
Tipo Usuario: 1. Contributivo

HISTORIA CLÍNICA

Agosto 12, 2024

MOTIVO: CONTROL DE PARACLINICA DE CATARATA DE OD
ANTECEDENTES: GENERALES
1. DIABETES
OFTALMOLOGIAS
1.NO CX DE OJOS

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

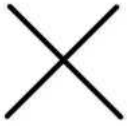
PIO: OD: 13 **OI:** 13

HORA: 09:06

GONIOSCOPIA: OD: **OI:**

Tipo:





BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLOGICA 80%
CRISTALINO CON OPACIDAD N2-3 C2 SCP 1
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLOGICA 80%
CRISTALINO CON OPACIDAD N2-3 C2 SCP 1
FONDO DE OJO: O.D.:
EXCAVACION 0.3, ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA , VITREO CLARO
FONDO DE OJO: O.I.:
EXCAVACION 0.3, ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA , VITREO CLARO

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: ( ) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
PLAN:
OPTOMETRIA 2024
OD -1.50 20/150 OI -1.75 20/150
CATARATA AO , SILIMILAR DENSIDAD, SE INCIARA CIRUGIA POR OJO DERECHO
PLAN
- CH GLICEMIA Y TP
- EKG
-CONTROL CON OFTALMOLOGIA AL TENER RESULTADOS PARA PEDIR CX DE CATARATA OD
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
R.M. 1127345741
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 760b2881a2f84391e0c0ee9e3de462b99a440cb4afc149f693754425a4f8ce913ed7982bcce2f6133739946cd900d75e

No. FVSF 36422

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 10:49:40
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	885252		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 1642563 VERA CALVETE ANTONIO CC 5559164		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 10:50:22

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital: J6h/KMMXBS1h7YN7eb45q+9+E9yV77Gyok+ledG41QKdkNnQPXIq3DvYLo/GGq0Xh3VWyD0yC/0i0gvZ0qIl81FlDkZcXMDExrILXRujh1e3K70wL/PcnxBTru2pypxTIuE+sTsetouQ9xoi4wzV4GpnFH88VK5IIVZwoD+zrDiHCG9wlD1M+fUhTfKEhzVjrC5/H5ciRKQPtxAMAR91BOSVfo5oAp7o0aHzdc4XlT4X6ggpvTsawfogixO+yC8e2itdDTCSM2vbSMINqi1eAONfnPsBm+E0Tvjo6mYA5ETtgrcce6kI7QCj5mYRlJZQLqVliely/AQ51INDLWGfKg==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Fecha generación: 16/05/2024 08:05:04

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: REF-2024-05-225888 **FECHA SOLICITUD:** 5/16/24 8:04 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANTONIO VERA CALVETE
MUNICIPIO: GIRON
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE
DOCUMENTO: 5559164
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra
ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Impresión Diagnóstica
H251	CATARATA SENIL NUCLEAR	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1642563	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	890376-2	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR

OBSERVACIÓN SOLICITUD: CATARATA HIPERMADURA OJO IZQUIERDO , AGUDEZA VISUAL DE MM A 1 MT , AMERITA VALORACION POR SEGMENTO ANTERIOR

FECHA DE VENCIMIENTO: 16/05/2025

AUTORIZADA POR:

ERWIN ROJAS OTERO
91476425

Fecha y hora de generación: 07/05/2024 14:31:04

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-05-225888 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 5/7/24 2:30 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANTONIO VERA CALVETE
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: CL 28A 29A 20
CORREO ELECTRÓNICO: mariate1982@hotmail.com
MUNICIPIO: GIRON
REGIONAL: NORORIENTE
GRADO: SLP
ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 11/09/1944
NÚMERO DE DOCUMENTO: 5559164
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CÓDIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

Dr. Carlos Fernando Ulloa S.
Médico Oftalmólogo
Cornea - Segmento Anterior
C.C. 1127345741

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890376-2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	Oftalmología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

CATARATA HIPERMADURA OJO IZQUIERDO , AGUDEZA VISUAL DE MM A 1 MT . AMERITA VALORACION POR SEGMENTO ANTERIOR

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
Relacionado	H251	CATARATA SENIL NUCLEAR

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

ACUDE POR VER BORROSO OI

HALLAZGO

HTA , PSEUDOFAQUIA OJO DERECHO,ACUDE POR VER BORROSO OI

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BIOMICROSCOPIA
OJO DERECHO
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA REACTIVA CENTRAL
LIO EN SACO
PIO 12 MMHG

OJO IZQUIERDO
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 5.559.164
VERA CALVETE
APELLIDOS
ANTONIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1944
GIRON
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
20-DIC-1965 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2709100-00340518-M-0005559164-20111014
0028280240A 1
7431506101



Recibo Nro. 885252

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 12, 2024
Fecha Facturación: Agosto 12, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 12, 2024
RESP: 1W

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 5559164 VERA CALVETE ANTONIO **Aut:1642563**

Edad: 80.0 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: ANTONIO VERA CALVETE
Documento: CC 5559164 Fecha de Nac: Septiembre 11, 1944
Entidad: Edad: 80.0 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3158304624
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Agosto 12, 2024

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: VE BORROSO OI
ANTECEDENTES: GENERALES
1.LOSARTAN POR HTA

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo: Spaeth

HORA: 10:11

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA
IRIS SIN LESIONES
PUPILA ISOCORICA
NORMOREACTIVA A LA LUZ
LIO EN SACO

BIOMICROSCOPIA: O.I.:

PÁRPADOS CON DERMATOCHALASIS.
CONJUNTIVA CLARA
CÓRNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII
IRIS SIN LESIONES
PUPILA MIDRIASIS FARMACOLOGICA 80%
CRISTALINO CON OPACIDAD N4 C3 SCP 3 (HIPERMADURA)
FONDO DE OJO: O.D.:
EXCAVACION 0.3, ISNT NORMAL, MACULA IMPRESIONA NORMAL, RETINA APLICADA , VITREO CLARO
FONDO DE OJO: O.I.:
REFLEJO ROJO ADECUADO

DIAGNOSTICOS:
Diagnóstico ppal: (O.I.) H251 CATARATA SENIL NUCLEAR
Diagnóstico Rel 1: (O.D.) Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
PLAN:
CATARATA HIPERMADURA OJO IZQUIERDO , A,ERITA PARACLINICA DE CATARATA , Y CONTROL PARA PEDIR LA CX
PLAN
- CH GLICEMIA Y TP
- EKG
- CONTAJE DE CELULAS ENDOTELIALES OI
- BIOMETRIA DE OI
- CONTROL CON RESULTADOS PARA PEDIR CX

Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
R.M. 1127345741
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NIT. 900.707.850-4
CL 44 37 37
TEL. 3156031091
BUCARAMANGA, SDER, COL

Representación Gráfica
de la Factura Electrónica
de Venta

Moneda/TRM: COP/ 0.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUFE: 10a68486f7baa1d7193e6a31d308f921418a6fa050347fdb7229c94b3858a39abfc8a38460c2fa459aebd020f06b7f2f

No. FVSF 36424

Cliente :	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
C.C. ó Nit:	901541137-1	Teléfonos: -	Fecha : 16/09/2024 11:07:33
Dirección:	AV. QUEBRADA SECA N. 33A 27		Vencimiento: 16/10/2024
E-Mail:	radicacion.cuentas@correo.tool.com.co		Pais: Colombia
Detalle :	885368		Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER

Item	CODIGO	DESCRIPCION	REFERENCIA	UND	CANT.	IMPUESTO		PRECIO	TOTAL
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR NUMERO AUTORIZACION: 1871193 PONTON FREDY GERARDO CC 13390184		UNIDAD	1.00	0	0.00	58,000.00	58,000.00

Son: Cincuenta y Ocho Mil Pesos M/CTE

Asesor: SERVICIOS PRESTADOS
Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
Fecha Validación : 2024-09-16 11:08:14

ACEPTADA:

C.C. ó NIT / SELLO

Base 0%	58,000	Imp.Bolsa	0
Base 5%	0	Iva 5%	0
Base 19%	0	Iva 19%	0
Base 8%	0	INC	0

Metodo de Pago:

SUB-TOTAL:	58,000
Copago y/o Cuota Moderadora:	0
IMPUESTOS:	0
RET - FTE:	0
RET - ICA:	0
RET - IVA:	0
TOTAL:COP	58,000

Esta Factura de Venta por si sola surte los efectos de título valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estaturo tributario, código de comercio y demás normas.

Firma Digital:
MyZ6hpynGJ1leiMjLM6ThgWj1K21sIMD+vXyII7RgBMt9BGvbDsdfe1rqbNsSk8/sWt0nt2cZ8A3VJ1mxR2AAHSHNfPtOvGIn9zPVf3s83RHaeNsN7XDpQt7j/CZajtZSVjd
MhsxV/0W49QLT5FEG/aidbMpyeFKCOzw1QdvdPAFh570ZXfDBwydkIftLTHVLM8sud1xS4wuiXcXg/hP/I8Qx32xMMKfFlQUqXtZwWyJZwH23xIIXx9w/JU2wYh6uy9yr3
CB//5wgxWfwCaiJEBaUeHsxA/FnFGwl6hpMy95DAbhwBLeUxS86YQdxe43f5vpmqeCRM3T5xBQahDFDw==

Res. DIAN No. 18764063645977 Habilitada para Electrónica de 12/01/2024 Prefijo FVSF Numeracion del 20066 al 100000 Vigencia 12 MESES

Elaborado y Transmitido por Foxcon Tecnologías SAS NIT:901.270.746-1

Software FoxconPro www.Foxcontecnologias.net Nit: 901.270.746-1 Foxcon Tecnologías s.a.s

Fecha generación: 30/05/2024 15:23:13

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2024-05-1008333 **FECHA SOLICITUD:** 5/30/24 3:22 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FREDY GERARDO PONTON
MUNICIPIO: BUCARAMANGA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: NORORIENTE

DOCUMENTO: 13390184
DEPARTAMENTO: SANTANDER
CODIGO ESM O UPGD: 680018200580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Oftalmología - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
C690	TUMOR MALIGNO DE LA CONJUNTIVA	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: FUNDACION VER SIN FRONTERAS
NÚMERO DE CONTRATO: 394-DIGSA/DMBUG-2023VF
DIRECCIÓN: CALLE 44 Nº 37-37
DEPARTAMENTO: SANTANDER

CÓDIGO ESM O UPGD: 6800104930
TELÉFONO: 3158322263
MUNICIPIO: BUCARAMANGA

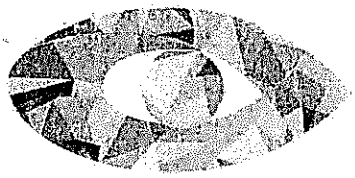
SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-05-1871193	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	890376-2	Oftalmología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: DOCUMENTO VÁLIDO PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS, AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ORDEN MEDICA DE FECHA 07/5/2024 POR MEDICO OFTLAMOLOGO ESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR DAVID ALEJANDRO SANTANA DE FUNDACION VER SIN FRONTERAS. CONTROL
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/05/2025

AUTORIZADA POR:

EIRA SELENNE MARIN GARCIA
1098817987



Fundación
Ver Sin Fronteras

FORMULA MEDICA

Nombre FREDY GERARDO PONTON

Documento 13390184 **Fecha** Mayo 07, 2024

Entidad

S.S. / CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS - (890202) Ojo Derecho Cantidad: 1

Dx: C690 TUMOR MALIGNO DE LA CONJUNTIVA

DAVID ALEJANDRO SANTANA SANCHE
R.M. 1232391411
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090

CODIGO: 680010493001

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.390.184
PONTON

APELLIDOS
FREDY GERARDO

NOMBRES

Fredi Gerardo Ponton

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1974
EL ZULIA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

11-MAY-1993 EL ZULIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2700100-00535820-M-0013390184-20140113 0036584096A 1 7172707047



Recibo Nro. 885368

Nit: 900707850 Dirección: CALLE 44 NO. 37 - 37 Tel: 7000090
CODIGO: 680010493001

Cont. Administrativo:
394-DIGSA/DMBUG

Fecha Servicio: Agosto 12, 2024
Fecha Facturación: Agosto 12, 2024
Fecha Vencimiento: Agosto 12, 2024
RESP: 1W

Cliente: FFMM

NIT: Dirección: Teléfono:

PACIENTE: CC 13390184 PONTON FREDY GERARDO **Aut:1871193**

Edad: 50.5 Años Sexo: Masculino Mpio: 001 Nivel: 1 Regimen: Contributivo

CLASE DE SERVICIO	Cant	Vlr Unit	SUB TOTAL
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1	48,000.00	48,000.00

Son: CUARENTA Y OCHO MIL PESOS CON 00/100 M.N.

SUB TOTAL $	48,000.00
IVA $	0.00
COPAGO $	0.00
RETENCION $	0.00
TOTAL $	48,000.00

Firma Paciente

Facturador

CImpreso por computador. D.C. Computer
RUT 91.291.113-2 tel: 313 8796436

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Nombre: FREDY GERARDO PONTON
Documento: CC 13390184 Fecha de Nac: Febrero 15, 1974
Entidad: Edad: 50.5 Sexo: M
Mpio: BUCARAMANGA SANTANDER Teléfono: 3103069270
Tipo Usuario: 1. Contributivo
Agosto 12, 2024

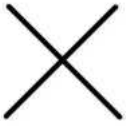
HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO: CONSULTA CONTROL RESECCION DE TUMOR CONJUNTIVAL + MITOMICINA+ BIOPSIA EN OJO IZQUIERDO DESDE HACE 4 MESES
REPORTE DE BIOSPIA POSITIVO PARA CA.BASOCELULAR.
ANTECEDENTES: GENERALES
HTA EN TTO

OFTALMOLOGICOS
RESECCION DE PTERGION EN OD (HACE 8 AÑOS)

VALORACION OFTALMOLOGICA GENERAL

PIO: OD: **OI:**

GONIOSCOPIA: OD:  **OI:** 

Tipo:

HORA: 17:33

BIOMICROSCOPIA: O.D.:
. PARPADO SANO
CONJUNTIVA CLARA + PTERIGION NASAL GI
CORNEA TRANSPARENTE
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII SVH
IRIS SIN LESIONES
PUPILA CENTRAL REACTIVA
CRISTALINO CLARO
BIOMICROSCOPIA: O.I.:
PARPADO SANO
CONJUNTIVA CLARA
CORNEA CON DISMINUCION DE BRILLO
CAMARA ANTERIOR FORMADA GIII SVH
IRIS SIN LESIONES
PUPILA CENTRAL REACTIVA
CRISTALINO CLARO
FONDO DE OJO: O.D.:

FONDO DE OJO: O.I.:

DIAGNOSTICOS:

PLAN:
PRESENTA EVOLUCION, DE EXERESIS DE TU DE CONJUNTIVA REPORTE DE BIOSPIA POSITIVO PARA CA.BASOCELULAR. SE INDICO TERAPIA CON INTERFERON TOPICO 3 MESES , SE SOLICITA VALORACION PR ONCOLOGIA OCUALAR
PLAN
1. SE SOLICITA VALORACION PR ONCOLOGIA OCULAR
2.POLIETILENGLICOL 4 MG/ML + PROPILENGILICOL 3 MG/ML (COLIRIO) APLICAR 1 GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS. 3 FRASCOS/ 3 MESES
Observación General:
EL O LA PACIENTE NIEGA EXPOSICIÓN AL CORONAVIRUS, FIEBRE, TOS, DOLOR MUSCULAR, ANOSMIA, AGEUSIA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ENTIENDE PLENAMENTE QUE LA CONSULTA PRESENCIAL GENERA UN RIESGO DE INFECCION POR CORONAVIRUS Y SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN TOMADO LAS PRECAUCIONES DE DISTANCIAMENTO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN (LAVADO DE MANOS, DESINFECCION DE ZAPATOS Y ROPA) Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (TAPABOCAS, CARETA, BATA, ETC), PARA EVITAR LA POSIBLE INFECCIÓN, DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA IPS.



CARLOS FERNANDO UTRERA SERRANO
R.M. 1127345741
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA