Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9
Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC564258

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE :
87c5b2cc7502c7eb9e3a08bfda38ba673fb57616ba55a6a94f1dda7d0b0b86d982f1f5f1c2d2d0f
bd93339b17d90aec0

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2025-05-14 11:21:20**
Fecha Vencimiento : **13/06/2025**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**
Identificacion: **CC 9513389**
Dirección : **CALLE 18 N° 1- 64 CASA 25**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3112096870 - 3138163102-**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **09/05/2025**
F. Salida : **09/05/2025**
Historia : **T-34528**

Item	Codigo	Descripción	Un	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota	$ Total
1	890266	Consulta Medicina Interna	UN	09/05/25	353	1,00	155.000	155.000		0	155.000

Total Items:1

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	155.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**155.000**

SON: Ciento Cincuenta y Cinco Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Leidy Johanna Reyes Guarin

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Impreso: 2025-04-30

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 353

Adscrito:	820011 - SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA
Dirección:	TRANSVERSAL 29 No. 9 C -41 (DUITAMA)
Teléfono(s):	7602579 - 7604756
Especialidad:	Clinicas - CIRUGIA PEDIATRICA

HC: 9513389

Favor atender por nuestra cuenta a SERRANO SALAMANCA ADOLFO DE JESUS identificado con el carne 46673362-B Madre-Padre de SERRANO HERNANDEZ ANGELA MILENA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Externa Especializada	1	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA

890366 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

DX CI10

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 9513389

creada por: mapulido

SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S

Nit.: 891856507

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

No. A2633510 *** **S8515440**

Fecha Expedición 09 / 05 / 2025

Fecha Cita 09 / 05 / 2025

Hora Cita 03:00 Pm

NTIDAD Sena

Especialista **Pesca Moreno Edith Cristina**

Dirección Consultorio

Teléfono Consultorio

Paciente **SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**

Identificación **9513389**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT	COPAGO	CUOTA MOD	TOTAL
S39143N	Consulta Medicina Interna	1		0	**155.000**
			0	0	**155.000**

SEÑOR USUARIO DE NO PODER ASISTIR A SU CITA FAVOR CANCELARLA A LOS TELEFONOS: 7631385 / 7631387

Firma Paciente 9513389 Sog

TRANSVERSAL 29 No 5C - 41 PBX 7632301 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

JAVIER CHABARRO 09/05/2025 01:53:20 P.m.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.513.389**

SERRANO SALAMANCA

APELLIDOS

ADOLFO DE JESUS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1949**

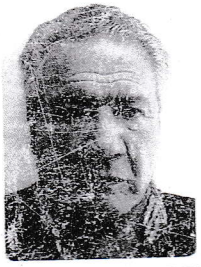
MONGUA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-ENE-1970 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-0715400-00264258-M-0009513389-20101108 **00247**13971A 1 30202210



46673362-B

Adolfo De Jesús
Serrano Salamanca

Id. N°. 9513389 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento: 23-12-1949
RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Adolfo De Jesús
Serrano Salamanca

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Clínica Boyacá
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 PBX 7632301 DUITAMA
email: clinicaboyaca@gmail.com

INTERCONSULTA
CONSULTA ESPECIALISTA **9513389**
SENA

A2633510

Nombre:	**SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**				*Cedula De Ciudadania* No.:	**9513389**	
Fecha Nacimiento:	**23/12/1949**	Edad:	**75 Años**	Sexo:	**Masculino**	Teléfono:	**3112096870 -**
Dirección:	**Calle 18 N° 1- 64 Casa 25**			Departamento:	**Boyaca**	Municipio:	**Duitama**

DATOS DE INGRESO

VIA INGRESO: CONSULTA ESPECIALISTA
FECHA: 09/05/2025
HORA: 03:38:07 p.m.
CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO
HA ESTADO EN TRAMITES PARA CIRUGIA DE CATARATA .
EL MANIFIESTA DOLOR Y CALOR Y VISION BORROSA DE OJO DERECHO.

REVISION POR SISTEMA: SE LE ACABO EL MEDICAMENTO HACE 2 DIAS

ANTECEDENTES:
: *** NIEGA
: *** NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES: *** CESANTE *** HOGAR *** CESANTE
ANTECEDENTES PERSONALES: *** HAT, DIABETES MELLITUS, EAP, HPB EN PLAN QUIRURGICO *** HTA DM TIPO 2 EAP HPB EN PLAN QX HIPOTIROIDISMO ARTROSIS CRONICA *** NO REFIERE *** IDEM. *** IDEM. *** HTA | DM | HIPOTIROIDISMO | HPB *** HTA HIPOTIROIDISMO HPB EN PLAN QX ARTROSIS
ANTEDENTES FARMACOLOGICOS: *** exforge *1, cardioasawin *1 ARTRODAR *1, ESOMED *1, FLEXTRIL *1, TAMSULOSINA *1, MODUALZ 20*1, LIPOMEGA *1, VEDIPAL *1 *** ARTRODAR DIA EXFORGE CARDIOASPIRINA DUODAR FLEXTRIL DIA *** ARTRODAR DIA EXFORGE ASA DIA DUODART *** ARTRODAR /EXFORGE | ASA | DUODART | ATORVASTATIN A *** ARTRODAR 1 NOCHE EXFORGE X 1 DIA ASA DUODART ATORVASTATINA 40MG DIA LEVOTIROXINA 65 MCG
ANTEDENTES QUIRURGICOS: *** OSTEOSINTESIS DE FX DE DEDO DE MANO IZQUIERDA *** OSTEOSINTESIS DE MANO IZQUIERDO *** OSTEOSINTESIS *** OSTEOSINTESIS MANO IZQUIERDA *** OSTEOSINTESIS DE MANO IZQUIERDA
INMUNIZACIONES: *** PRIMER DOOSIS DE ASTRAZENECA 13/06/2021 *** 4 DOSIS VACUNCION COVID 19 *** 4 DOSIS DE VACUNA COVID *** 4 DOSIS DE VACUNA COVID

REVISION POR SISTEMA: SE LE ACABO EL MEDICAMENTO HACE 2 DIAS
EXAMEN FISICO: EXAMEN FISICO: BUEN ESTADO DE HIDRATACION Y LUCIDEZ , AFEBRIL AL TACTO
CABEZA Y CUELLO: CUELLO CILINDRICO SIN MASAS ALTERACIONES OCULARES
TORAX Y CARDIOPULMONAR: ADECUADA TRASMISION DE MURMULLO AMBOS CAMPOS PULMONARE
ABDOMEN: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE . NO DOLOROSO - ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO PA ----110--- CM
NEUROLOGICO: NO EVIDECIA DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
DORSO Y EXTREMIDADES: EUTROFICAS NO EDEMAS . PULSOS BILATERALES NORMALES
VARICES MEJORANDO YA NO HAY AGLOMERADOS VENOSOS Y HAN DISMINUIDO LA TURGENCIA
PIEL Y FANERAS: SIN LESION APARENTE

TA: 140/100 | **FC:** 78 | **FR:** 16 | **TEMPERATURA:** 36.3ºC | **SaO2:** 92 | **PESO:** 84Kg | **IMC:** 27,74 |

CABEZA Y CUELLO: CUELLO CILINDRICO SIN MASAS ALTERACIONES OCULARES
TORAX Y CARDIOPULMONAR: ADECUADA TRASMISION DE MURMULLO AMBOS CAMPOS PULMONARE
ABDOMEN: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE . NO DOLOROSO - ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO PA ----110--- CM
NEUROLOGICO: NO EVIDECIA DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
DORSO Y EXTREMIDADES: EUTROFICAS NO EDEMAS . PULSOS BILATERALES NORMALES
VARICES MEJORANDO YA NO HAY AGLOMERADOS VENOSOS Y HAN DISMINUIDO LA TURGENCIA
PIEL Y FANERAS: SIN LESION APARENTE

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: I139 : ENFERMEDAD CARDIORRENAL HIPERTENSIVA, NO ESPECIFICADA
DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: H252 : CATARATA SENIL, TIPO MORGAGNIAN
DIAGNOSTICO RELACIONADO 2: E768 : OTRO TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LOS GLUCOSAMINOGLICANOS
DIAGNOSTICO RELACIONADO 3: I872 : INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)
DIAGNOSTICO MANUAL: SOBREPESO
TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA: PACIENTE NUEVAMENTE PRESENTA CIFRAS ELEVADAS DE TENSION ARTERIAL PERO REFIRE HACE 3 DIAS NO TOMA LA MEDICACION . AUNQUE HA TOMADO EL EXFORGE QUE TENIA ANTES , PERO AUN ASI NO CONTROLA EL SABE Y POR ESO SE HA ASCENDIDO EL TRATAMIENTO. DEBE REINICIAR SU TRATAMIENTO QUE HA DEMNOSTRADO EFECTIVIDAD
* TRAE HEMOGRAMA NORNAL NO TRAE NINGUN OTRO EXAMEN DEL PERFIL METABOLICO

* DEBE CONTINUAR SU FORMULA SE RECOMIENDA PEDIR LÑA CITA ALMENOS UNA SEMANA ANTES DE QUE SE ACABEN LAS MEDICAMENTOS .
* PACIENTE DEBE IR A SU CIRUGIA OCULAR .

ORDENES MEDICAS:
| | - HEMOGRAMA TIPO IV
- COLESTEROL LDL, HDL , TOTAL
- TRIGLICERIDOS
- HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C
- PROTEINAS TOTALES EN SUERO
- PROT DIFER (ALB / GLOB) EN SUERO
- UROANALISIS
- CREATININA EN SUERO
- MICROALBUMINURIA EN OP
- TSH
- TGO - TGP
- VITAMINA D 25 HIDRO
- VITAMINA B12

Clínica Boyacá
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 PBX 7632301 DUITAMA
email: clinicaboyaca@gmail.com

INTERCONSULTA

CONSULTA ESPECIALISTA **9513389**

SENA

A2633510

Nombre:	**SERRANO SALAMANCA ADOLFO DEJESUS**			*Cedula De Ciudadania* No.:	**9513389**
Fecha Nacimiento:	**23/12/1949**	Edad: **75 Años**	Sexo:	**Masculino**	Teléfono: **3112096870 -**
Dirección:	**Calle 18 N° 1- 64 Casa 25**		Departamento:	**Boyaca**	Municipio: **Duitama**

** TOMARLOS EN 2 Y MEDIO MESES PARA CONTROL
S39140CMI | 890366 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS:

1. :OLMESARTAN / AMLODIPINO (ILTUXAM) TAB 40/5 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: UNA CADA NOCHE
2. :CLORTALIDONA (DICLOR) TAB 25 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: UNA CADA DIA 9 AM
3. :CARVEDILOL TAB 6.25 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 12/h | Obs.: UNA 8 AM Y 8 PM
4. :CARDIOASPIRINA TAB 100 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: UNA CADA TARDE 6 PM
5. :EMPAGLIFOZINA TAB 10 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: UNA SOBRE DESAYUNO CADA DIA
6. :DIACEREINA TAB 50 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: UNA CADA DIA
7. :ATORVASTATINA TAB 10 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: UNA CADA NOCHE
8. :DIOSMINA / HESPERIDINA (VEDIPAL) TAB 150/50 MG | Dosis: 1 | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: UNA CADA DIA 10 AM

PESCA MORENO EDITH CRISTINA
MEDICO INTERNISTA 0682 CC:46371669

---------- ---------- Fin----------