Clínica de URABA S.A.
Cuida tu salud

NIT: 800058856-1

CLÍNICA DE URABÁ S.A.
8156280 - CITAS EXT. 890 - WHATSAPP 3044904448
APARTADÓ - ANTIOQUIA
DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ)
Email: felectronica@clinicadeuraba.com
SOMOS AUTORETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 04181 DE MAYO 21 DE 2004

Autorización para factura electrónica de venta. Resolución DIAN Nro. 18764091663831 del 07 de abril de 2025. Autoriza CDEU 239605 a CDEU 250000. Vigencia 12 meses.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº CDEU 247089

Cufe: a7b60b7518b1450e8d9ef93cc6e4f3a36c3fbdb172e331ed8a02fe02e41d841a3a41f6146f27225a6d675a3f441a3690

Nombre	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Nit / C.C.	899999034-1	Fecha Servicio	24/05/2025		
Dirección	CALLE 51 # 57-70 AVENIDA FERROCARRIL - MINORISTA MEDELLIN	Fecha Factura	27/05/2025	Hora	03:42 PM
Teléfono	576 00 00	Fecha Vencimiento	26/06/2025		
		Plazo:	30 Días		
Paciente	DAISSY JONIS DURAN IBARRA	Fecha Validacion Dian:	27/05/2025	Hora	03:43 PM
Identificación	21880659				
Teléfono	3218304193-8282510-3218304193	Autorización Nº	2222		

Diagnóstico I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Fecha Ingreso Fecha Egreso

LABORATORIOS (1)

			CANT	V.UNITARIO	TOTAL
902210	19304	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES E	1	37,200	37,200
903028	19722	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	1	68,400	68,400
903426	19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	82,500	82,500
903815	19237	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	37,900	37,900
903816	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	1	44,700	44,700
903818	19242	COLESTEROL TOTAL	1	45,900	45,900
903841	19490	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	22,500	22,500
903868	19940	TRIGLICERIDOS	1	25,300	25,300
903895	19290	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	21,700	21,700
904904	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	1	118,400	118,400
907008	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	1	11,300	11,300
			SUBTOTAL		**$515,800**

#$36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.7650790; felgomez@sena.edu.co#$

T O T A L B R U T O	**515,800.00**
TOTAL RECIBIDO DEL PACIENTE	**$0**
VALOR A PAGAR	**515,800.00**

QUINIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS PESOS

Zulay Pérez

Elaboro **LIDER FACTURACIÓN (AUXILIAR)** **Recibí Factura: Nombre** **Firma** **C.C.** **Fecha**

SI ESTA FACTURA NO SE CANCELA DENTRO DEL PLAZO CONVENIDO, SE CAUSARAN LOS INTERES ORDENADOS POR LA LEY.

Generado por Ekisa S.A.S sistema Qurión®. Proveedor tecnológico Herramientas de gestión informática HGI S.A. S NIT 811021438-4

Clínica de URABA S.A.
Cuida tu salud

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fech **24/05/2025 7:22:00AM** **Nº** 1904615

I D E N T I F I C
Paciente: DAISSY JONIS DURAN IBARRA Edad: 80 Años
Identificación: 21880659 CC
Dirección: CARR 104B 109A-28 B/EL ESTADIO-APARTADO
Teléfono: 8282510-3218304193

FECHA DE INGRESO: 24/05/2025

FECHA DE EGRESO: 24/05/2025

CERTIFICO haber recibido los servicios que ofrece la IPS CLINICA DE URABA S.A. de cuyo registro queda constancia en mi historia clínica.

#Factura:

Administradora: SENA

Número de autorización:2222

Valor autorizado:

Generado por:

Valor a cargo del paciente:

Servicio autorizado: HEMOGRAMA IV
-MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA
-HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
-COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
-COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL
-COLESTEROL TOTAL
-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
-TRIGLICERIDOS
-CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
-HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]

En caso de tratarse de un menor de edad o una persona impedida debe firmar el acudiente, en caso de no existir favor colocar huella digital (índice derecho).

Autorizo a la CLÍNICA DE URABÁ S.A., al tratamiento de mis datos personales según Ley 1581 de 2012 relacionada con la Protección de Datos Personales y la Resolución 1995 de 1999, los cuales serán utilizados en cumplimiento de las normas del Ministerio de Salud y Protección Social.

Autorizo el envio de información y documentos adjuntos relacionados a la atención de historia clinica al correo electrónico suministrado en mi información personal.

Válido sin sello según el Art. 24 Decreto 0019 del 2012 Ley Antitrámites

Clínica de URABA S.A.
Cuida tu salud

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fech **24/05/2025 7:22:00AM** **Nº** 1904615

I D E N T I F I C
Paciente: DAISSY JONIS DURAN IBARRA Edad: 80 Años
Identificación: 21880659 CC
Dirección: CARR 104B 109A-28 B/EL ESTADIO-APARTADO
Teléfono: 8282510-3218304193



DAISSY JONIS DURAN IBARRA
Firma Paciente
Cedula 21880659

Firma Tutor o Responsabl
Cedula

CLINICA DE URABA
Firma Profesional
Regis 050450135901
tro
OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2222

Adscrito:	176411 - CLINICA DE URABA S.A
Dirección:	CLL 100E 111-78 APARTADO
Teléfono(s):	8282342 - 8281736
Especialidad:	CLINICAS Y HOSPITALES - CLINICAS Y HOSPITALES

HC: 21880659

Favor atender por nuestra cuenta a DURAN IBARRA DAISSY JONIS identificado con el carne 39306085-A Madre-Padre de QUEJADA DURAN OFELIA MARIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	0	0

OBSERVACIONES

902210 HEMOGRAMA IV-903026 MICROALBUMINURIA-903818 CT-903815 HDL-903816 LDL-903868 TG-903895 CREATININA-903426 GLICOSILADA-903841 GLUCOSA-904904 TSH-907009 SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL

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

ANEXO TÉCNICO Nº 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD

Consecutivo 8857 **Fecha** 26/03/2025 Nº 2220818

INFORMACION DEL PRESTADOR (SOLICITANTE)

Nombre CLINICA DE URABA S.A **Nit** 800058856 **Código** 050450135901
Dirección DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ) **Teléfono** 6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Departament 05-ANTIOQUIA **Municipio** 05045-APARTADO

ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA (PAGADOR)

SENA **CÓDIGO** PEC001

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos DURAN IBARRA **Nombres** DAISSY JONIS **Tipo Identificación** CC
Número Identificación 21880659 **Dirección** CARR 104B 109A-28 B/EL ESTADIO-APARTADO
Teléfono 3218304193 / 8282510-3218304193 **Fecha Nacimiento** 02/01/1945
Departamento ANTIOQUIA **Municipio** APARTADO

COBERTURA DE SALUD Contributivo

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de servicio solicitado Servicios electivos **Prioridad de la atención** No Prioritaria

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorizacion Consulta Externa

Servicio **Cama**

Manejo integral según la Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
881201	1	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
881302	1	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FL
890203	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL
890206	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA
890276	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
902210	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUI
903028	1	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA
903426	1	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
903815	1	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
903816	1	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL
903818	1	COLESTEROL TOTAL
903841	1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
903868	1	TRIGLICERIDOS
903895	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
907008	1	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]

Justificación Clínica

PACIENTE QUIEN ACUDE PARA CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SE ORDENAN PARACLINICOS, SE TRANSCRIBE FORMULA Y SE CITA A REVISIÓN CON RESULTADOS, ADICIONAL A ESTO DEJO ORDEN PARA CONTROL POR ESPECIALIDADES.

**PACIENTE REQUIERE ACOMPAÑANTE PERMANENTE.

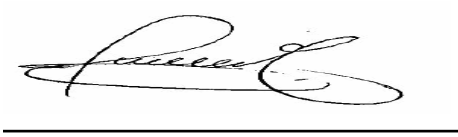
PLAN
- AMLODIPINO 5 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA
- CARVEDILOL 12.5 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS
- ESPIRONOLACTONA 25 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA
- SACUBITRILO/VALSARTAN, TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS
- FUROSEMIDA 40 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA
- RIVAROXABAN 20 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA
- ATORVASTATINA 40 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA
- DAPAGLIFLOZINA 10 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA
- SE SOLICITA HEMOGRAMA, PERFIL LIPIDICO, GLUCOSA, HB GLICOSILADA, TSH, CREATININA, MICROALBUMINURIA, SANGRE OCULTA EN HECES, ECOGRAFIA DE MAMA Y ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL.
- VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA Y ODONTOLOGÍA.
- SOLICITE CITA PARA REVISIÓN DE PARACLINICOS CON RESULTADOS, POR FAVOR TRAERLOS FISICOS O ENVIARLOS AL CORREO MEDPREPAGADA@CLINICADEURABA.COM 30 MIN ANTES DE LA CONSULTA .

ANEXO TÉCNICO Nº 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD

Impresión Diagnóstica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnóstico Relacionado	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO
Cargo o actividad	MEDICO GENERAL
Indicativo	
Teléfono	6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Teléfono celular	



No Registro 1037645259

CLINICA DE URABA S.A
LABORATORIO CLINICO
NIT. 800058856

Cédula 21880659 **Muestra** 529 **Nº Orden** 3678143
Nombre DAISSY JONIS DURAN IBARRA **Fecha Recepción** 24/05/2025 8:32:00AM
Sexo F **Edad** 80 A **Teléfono** 8282510-3218304193 **Fecha Resultado** 24/05/2025 8:41:00AM
Administradora SENA **Fecha Impresión** 27/05/2025 3:33:12PM
Profesional IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO **Servicio** CONSULTA AMBULATORIA

Analisis		Resultados	Unidad	Vr. Referencia
		3678143		
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO				
RECUENTO DE LEUCOCITOS		7780	mil/mm3/	[4.85 - 10.1]
POLIMORFO NUCLEARES NEUTROFILOS#		5.03	x10^3/mmc	[2.23 - 6.2]
LINFOCITOS#		2.07	x10^3mmc	[1.52 - 3.6]
MONOCITOS#		0.52	/%/	[0.26 - 0.8]
EOSINOFILOS#		0.16	/%/	[0.00 - 0.2]
BASOFILOS#		0.00	/%/	[0.00 - 0.00]
POLIMORFO NUCLEARES NEUTROFILOS%		64.6	/%/	[40 - 74]
LINFOCITOS%		26.6	/%/	[20.0 - 40.0]
MONOCITOS %		6.7	/%/	[3.88 - 9.9]
EOSINOFILOS %		2.1	/%/	[0.00 - 4.3]
BASOFILOS %		0.0	/%/	[0.00 - 0.3]
RECUENTO DE ERITROCITOS	*	3.41	/mill/mm3/	[3.6 - 5.2]
HEMOGLOBINA	*	10.2	/g/dL/	[12.2 - 15.3]
HEMATOCRITO	*	30.3	/%/	[36.0 - 44.5]
PVC (PROMEDIO DE VOLUMEN CORPUSCULAR)		88.7	/fl/	[81.83 - 95.10]
PHC (PROMEDIO DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR)		29.8	/pg/	[27.4 - 32.9]
PCHC (PROMEDIO DE CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR)		33.6	g/dL	[30 - 35]
RDWcv	**	15.4	%	[12.4 - 15.1]
RDWcd		50.8	%	[35.0 - 56.0]
RECUENTO DE PLAQUETAS		229000	/Cels/mm3/	[150.000 - 450.000]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO		10.8	fl	[8 - 15]

METODO: IMPEDANCIA (Mindray BC-5000)

Laura Piedrahita C.

LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL
BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO
Registro 1152220159

HORMONAS

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		2.74	µUI/mL	

Niños entre 1-6 años: 0,7 y 5,97 µUI/mL
Niños entre 7-11 años: 0,6 y 4,84 µUI/mL
Niños entre 12-18 años: 0,51 y 4,3 µUI/mL
Adultos: 0,3 y 4,2 µUI/mL

METODO: INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA (Finecare FIA Meter

Laura Piedrahita C.

LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL
BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO
Registro 1152220159

PARASITOLOGIA

SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		NEGATIVA		

METODO: MANUAL

Laura Piedrahita C.

LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL
BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO
Registro 1152220159

QUIMICA

Este documento ha sido firmado electrónicamente por el profesional responsable

Impreso desde HP2210-0001-3:33:13 PM

CLINICA DE URABA S.A
LABORATORIO CLINICO
NIT. 800058856

Cédula 21880659 **Muestra** 529 **Nº Orden** 3678143
Nombre DAISSY JONIS DURAN IBARRA **Fecha Recepción** 24/05/2025 8:32:00AM
Sexo F **Edad** 80 A **Teléfono** 8282510-3218304193 **Fecha Resultado** 24/05/2025 9:21:00AM
Administradora SENA **Fecha Impresión** 27/05/2025 3:33:12PM
Profesional IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO **Servicio** CONSULTA AMBULATORIA

Analisis		Resultados	Unidad	Vr. Referencia
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		90	/mg/dL/	[70 - 105]
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA				
Laura Piedrahita C.				
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159				
COLESTEROL TOTAL				
COLESTEROL TOTAL		179	mg/dL	[0 - 200]
Interpretación Guía ATP III del NCEP Nivel Deseable: Menor de 200 mg/dL Nivel en Límite Alto: 200-239 mg/dL Nivel Francamente Elevado: Mayor de 240 mg/dL Los valores de referencia deben correlacionarse con factores de riesgo que su Médico analizará individualmente				
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA				
Laura Piedrahita C.				
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	**	66	mg/dL	[40 - 60]
Interpretación Guía ATP III del NCEP Bajo: Menor de 40 mg/dL Alto (Protector): Mayor de 60 mg/dL I.A. VALORES DE REFERENCIA RIESGOCORONARIO HOMBRE MUJER MITAD DEL PROMEDIO <3.5 <3.4 PROMEDIO 3.5-5.0 3.4-4.5 DOS VECES EL PROMEDIO 5.1-9.6 4.5-7.1 TRES VECES EL PROMEDIO 9.7-24 7.2-11				
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA				
Laura Piedrahita C.				
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159				
TRIGLICERIDOS				
TRIGLICERIDOS		65	mg/dL	[0 - 150]
Interpretación guía ATP III del NCEP Nivel Optimo: Menor de 150 mg/dL Limite: 150-199 mg/dL Alto: 200-499 mg/dL Muy Alto: Mayor de 500 mg/dL Los valores de referencia deben correlacionarse con factores de riesgo que su Médico analiza individualmente				

Este documento ha sido firmado electrónicamente por el profesional responsable

Impreso desde HP2210-0001-3:33:13 PM

CLINICA DE URABA S.A
LABORATORIO CLINICO
NIT. 800058856

Cédula 21880659 **Muestra** 529 **Nº Orden** 3678143
Nombre DAISSY JONIS DURAN IBARRA **Fecha Recepción** 24/05/2025 8:32:00AM
Sexo F **Edad** 80 A **Teléfono** 8282510-3218304193 **Fecha Resultado** 24/05/2025 9:21:00AM
Administradora SENA **Fecha Impresión** 27/05/2025 3:33:12PM
Profesional IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO **Servicio** CONSULTA AMBULATORIA

Analisis	Resultados	Unidad	Vr. Referencia
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	100	mg/dL	[79 - 100]
Este cálculo no es válido cuando el nivel de triglicéridos es >= 400 mg/dL.			
METODO: cálculo fórmula Friedewald			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	4.4	%	[4 - 6]
METODO: INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA (Finecare FIA Meter			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
CREATININA EN SUERO	0.90	/mg/dL/	
Recién nacidos: creatinina de la madre 0-3 años: 0.2-0.3 mg/dL 4-7 años: 0.3-0.5 mg/dL 8-10 años: 0.6-0.8 mg/dL 11-13 años: 0.8-0.9 mg/dL Mujeres adultas: 0.8-0.9 mg/dL Hombres adultos: 0.9-1.2 mg/dL			
OBSERVACIONES	/1	/1	
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA			
MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	23.7	mg/L	[0 - 30]
METODO: INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA (Finecare FIA Meter			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			

Este documento ha sido firmado electrónicamente por el profesional responsable

Impreso desde HP2210-0001-3:33:13 PM