EL SUPERVISOR DE CONTRATO

C E R T I F I C A

Que de conformidad con el Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR. 7765920 DEL 2025** con número de certificado de registro presupuestal SIIF 24825 de fecha 10 de abril del 2025 suscrito con **CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS**, identificado con Nit No. 800184080-0 cuyo objeto es Prestar el servicio de especialistas en oftalmología, consulta por optometría y suministro de lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño, para la vigencia 2025. Lote 1 Especialistas en Oftalmología Pasto, durante el mes de mayo del 2025 por un valor de UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/Cte. (**$ 1.478.880**). Realizó a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales (Solo para aquellas empresas que estén obligadas)

Se expide en San Juan de Pasto, a los 12 días del mes de junio de 2025

CUENTA DE COBRO	FECHA	VALOR
202505	Mes de mayo del 2025	$ 1.478.880
TOTAL		$ 1.478.880

FIRMA SUPERVISOR

Elaboro: Diego Fernando Guerrero Ch. Apoyo servicio médico asistencial

Reviso: Sonia Nardet Viteri Rosero: líder SMA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	Pública Clasificada		Pública Reservada	

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL
ETAPA CONTRACTUAL
INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO No.CO1.PCCNTR. 7765920

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	Despacho Dirección Regional Nariño
CONTRATO NRO.	**CO1.PCCNTR. 7765920 DEL 2025**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	10/04/2025
OBJETO	Prestar el servicio de especialistas en oftalmología, consulta por optometría y suministro de lentes y monturas, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA Regional Nariño, para la vigencia 2025. Lote 1 Especialistas en Oftalmología Pasto
CONTRATISTA	CLNICA OFTALMOLOGICA PARDES S.A.S
CC o NIT	800184080-0
LUGAR DE EJECUCIÓN	Pasto
FECHA DE INICIO	14/04/2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	14 DE ABRIL DEL 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$35.000.000,00
PRÓRROGA NRO. 1	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2025
ADICIÓN NRO.	N/A
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$35.000.000,00
FORMA DE PAGO	El SENA pagará dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la presentación de la factura por parte del contratista cuando esta se deba expedir, previa recepción de los servicios a satisfacción por parte de la SUPERVISIÓN, lo cual deberá quedar soportado en la respectiva acta de Supervisión o Interventoría. Además, el contratista debe anexar la certificación de pago de los aportes parafiscales, seguridad social (esto en cumplimiento de las leyes 789 de 2002 y 828 de 2003). El pago estará sujeto a la disponibilidad de PAC. El SENA efectuará las retenciones que en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su obligación efectuar la retención. En los demás casos, el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación, si es del

	caso. Deberán ser tramitadas por el CONTRATISTA, las devoluciones o exenciones a que crea tener derecho ante la respectiva Administración de Impuestos, sin responsabilidad alguna por parte del SENA o costo para ella. Todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la constitución de la garantía única de cumplimiento en caso de que se le requiera, son de cargo exclusivo del CONTRATISTA. Por lo tanto, los precios que se propongan deberán considerar tales conceptos. En el evento de que las facturas no estén correctamente diligenciadas o no se acompañen de los documentos exigidos como requisito para el pago, el término para el mismo sólo empezará a contar a partir de la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y, las mismas, no generarán pago de intereses o compensación alguna por parte del SENA. La factura deberá expedirse a nombre del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, NIT 899.999.034-1, y cumplir con lo estipulado en el artículo 616-1 y 617 del estatuto tributario. Nota 1: El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta que indique el contratista, para lo cual deberá entregar al SENA, dentro del término que indique la Entidad, una certificación bancaria vigente, con fecha de expedición no mayor a 30 días calendarios. Nota 2: Para la realización del pago derivado del presente contrato, el contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de los aportes parafiscales y a lo relativo al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.Nota 3. Deberán cumplir con el cargue de los documentos requeridos para el cobro en la respectiva línea de pago en el expediente digital del SECOP, dichos documentos se identifican como FV, GF y GF. Documentos que se apoyan en su proyección desde el área de contratación del centro de formación pero que serán agrupados con la totalidad de documentos que los contienen, así: FV: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE: Factura electrónica en PDF, Representación gráfica de la factura electrónica, esto es la validación CUFE, comprobante de pago de la seguridad social del periodo, certificado de paz y salvo por los últimos 6 meses de los aportes parafiscales, si el certificado va firmado por contador y/o revisor fiscal se acompañará de la tarjeta profesional y del certificado de antecedentes de JCC, RUT con expedición inferior a 180 días calendarios, Certificación Bancaria con expedición inferior a 3 meses. GC: Informe de supervisión y evidencias de entrega y

	cumplimiento del bien o servicio. Nota 3: En todo caso, los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja), aprobado por la Dirección General de la Entidad y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	Informe de supervisión numero 002
PERIODO DEL INFORME	MES DE MAYO DE 2025

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

OBLIGACIONES [Relacionar cada una de las obligaciones específicas]	**ACTIVIDADES REALIZADAS** [Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual]	**PRODUCTO O EVIDENCIA** [Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe]
El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a beneficiarios del servicio médico asistencial del SENA	**SE CUMPLE**	
Prestar los servicios de oftalmología, consulta por optometría y suministro de lentes y monturas a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, quienes deberán acreditar debidamente su derecho a ser atendidos mediante la presentación del carné vigente y la orden de atención expedida por el odontólogo asesor de la Regional Nariño, la cual tendrá una vigencia de un mes	**SE CUMPLE**	**El cual será prestado por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena las cuales deben ser acompañadas por los documentos que identifiquen al beneficiario como son copia de cedula y carnet**
Garantizar una adecuada atención al paciente mientras se encuentre bajo su cuidado, asegurando el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad en la prestación del servicio	**SE CUMPLE**	

Permitir el acceso a los registros, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados	**SE CUMPLE**	
Elaborar mensualmente las cuentas de cobro, anexando los originales y copia de las órdenes de atención, con oficio para ser radicadas en la oficina de administración de documentos y la copia de la factura subir a la plataforma SECOP II. Las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas	**SE CUMPLE**	**Cuentas de cobro presentadas por la empresa las cuales deben ser cargadas en la plataforma secop2 con todos sus soportes solicitados**
Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad	**SE CUMPLE**	**El contratista debe realizar la verificación solicitando al beneficiario la copia del carnet y de la cedula la cual lo identifica como beneficiario del servicio medico**
Mantener vigentes los permisos o licencias exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado	**SE CUMPLE**	**Los documentos revisados**
Garantizar la entrega oportuna de los resultados de los procedimientos realizados, asegurando que el paciente y/o el Servicio Médico Asesor de la Entidad tengan acceso a los reportes dentro de las 72 horas posteriores a la realización del procedimiento, salvo en aquellos casos que, por su complejidad técnica, requieran un tiempo mayor para su procesamiento	**SE CUMPLE**	

La atención de los servicios de oftalmología consulta por optometría y suministro de lentes y monturas será prestada a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial de la Regional Nariño y a los beneficiarios de otras regionales debidamente autorizados	**SE CUMPLE**	**por medio de por órdenes de autorización las cuales son generadas por la médica asesora del Sena**
No se aplicará copagos a los beneficiarios del SMA de conformidad a la Resolución 1-00824 de 2022	**SE CUMPLE**	
Acreditar la aplicación de protocolos y/o guías clínicas aceptadas en salud para la atención oftalmológica y el manejo de pacientes	**SE CUMPLE**	
Cumplir con la implementación de políticas de seguridad del paciente, garantizando condiciones adecuadas para la prestación del servicio	**SE CUMPLE**	**Mediante encuesta de medición de satisfacción a beneficiarios**
Cumplir con todas aquellas obligaciones inherentes al contrato y necesarias para la correcta ejecución del objeto contractual		

2.1 Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

N/A.

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	NRO. DE CUENTA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
22/05/2025	202504	120.640	120.640	34.879.360	0,34%
12/06/2025	202505	1.478.880	1.599.520	33.400.480	4,57%

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de abril**	**Planilla nro. 33198695** del 21 de abril del 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado mes de mayo**	**Planilla nro. 33514587** del 21 de mayo del 2025

5. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN (N/A)

5.1 Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE PÓLIZA	41-44-101292527		
CERTIFICADO O ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	10/04/2025		
FECHA APROBACIÓN	14/04/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Calidad del servicio	09/04/2025	30/04/2026	3.500.000
Cumplimiento del contrato	09/04/2025	30/04/2026	7.000.000
Pago de Salarios prestaciones sociales e indemnizaciones laborales	09/04/2025	31/12/2028	1.750.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica]			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO SA		
NRO. DE POLIZA	41-40-101055849		
CERTIFICADO O DE ANEXO	0		
FECHA EXPEDICIÓN	11/04/2025		
FECHA APROBACIÓN	14/04/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	09/04/2025	31/12/2025	284.700.000

5.2 Multas y sanciones

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica como supervisor del contrato, que no se han presentado multas, indemnizaciones, reintegros ni sanciones.

5.3 Solicitud de modificación: N/A

6. CERTIFICACIÓN

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor(a), previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo

7. OBSERVACIONES

N/A

Para constancia se firma el 12 de junio de 2025.

SONIA NARDET VITERI ROSERO
Supervisor del contrato

Elaboro: Diego Fernando Guerrero Chaves– Cargo: Apoyo Administrativo SMA

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57728
Fecha de Expedición: 30/05/2025 10:51:13 AM
Fecha de Vencimiento: 29/06/2025
Fecha de Generación: 30/05/2025 10:52:17 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**

PACIENTE:	DIAZ DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	78 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27077477
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	CONJUNTO CAMPO VERDE MZ B CS 3	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/05/2025 10:52:17 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-08
AUTORIZACIÓN:	19	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-08
DIAGNÓSTICO:	H401	**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	60,320.00	0.00	0.00	60,320.00

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860 028 580-2 Software: fact-elec

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	60,320.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	60,320.00

SON: SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: MARITZA ANDREA CRUZ VACA

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

800835dc19e6c73ded4953da175e19726590c0e9304c489b9e54f2d8104cbb95b49ae4833f5189d4ab8962daab6a9ebf

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. LOPE 19
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 5/05/2025

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS ☐	CONSULTA T.O ☐
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA ☐	PARA E.P. ☐
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

A: MARGOTH NOHEMY DIAZ DE ARTEAGA	CARNE No. 98393542-A
FAMILIAR DE. JUAN CARLOS ARTEAGA	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☒

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 76 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR SU ESPECIALIDAD EN PROINSALUD
ANTE CAMBIO DE PRESTADOR SE RENUEVA ORDEN.

REMITIR EL RESULTADO A:			
DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO	DIRECCION Cra 13 Nº 10	CODIGO	TELEFONO

Dra. Lorena Montilla
Medica General
R.M. 1094905073
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Luisa

C.C.No. 98393542

Margoth Diaz.

Dr. Victor PAREDES
FECHA: 6/52 8 3 25
PISO: 10

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

NICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800184080-0
CR 40 A 19 B 15 AV PANAMERICANA
TELEFONOS 7419272

NOMBRE:	DIAZ DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY	**MEDICO TRATANTE:**	OMAR LEONEL PAREDES AGUIRRE
IDENTIFICACION:	27077477	**ENTIDAD:**	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	**REGIMEN:**	CONTRIBUTIVO
FECHA DE NACIMIENTO:	1947-05-08 (78 AÑOS)	**CONTRATO:**	INVITACION PUBLICA No. RN004-2016-00578
SEXO:	FEMENINO	**TIPO DE USUARIO:**	BENEFICIARIO
TELEFONO:	7376013 7376013	**NIVEL DE USUARIO:**	NO APLICA
DIRECCION:	CONJUNTO CAMPO VERDE MZ B CS 3	**OCUPACION:**	9994-AMA DE CASA
FECHA DE REGISTRO:	2023-11-08 09:13:16	**ACUDIENTE:**	JUAN CARLOS ARTEAGA
		TEL. ACUDIENTE:	7376013
		PARENTESCO:	HIJO

ORDEN EXTERNA-PROCEDIMIENTOS

Procedimientos

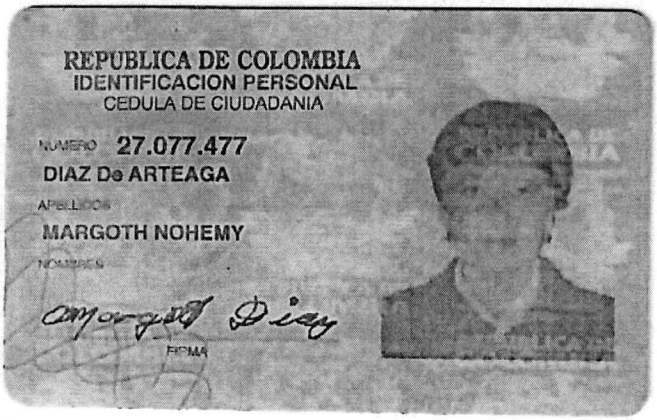
950505 - ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO, AMBOS OJOS.
951901 - TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR , AMBOS OJOS
951902 - TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR , AMBOS OJOS (NERVIO OPTICO)
890376 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA CON EXAMENES

Diagnostico

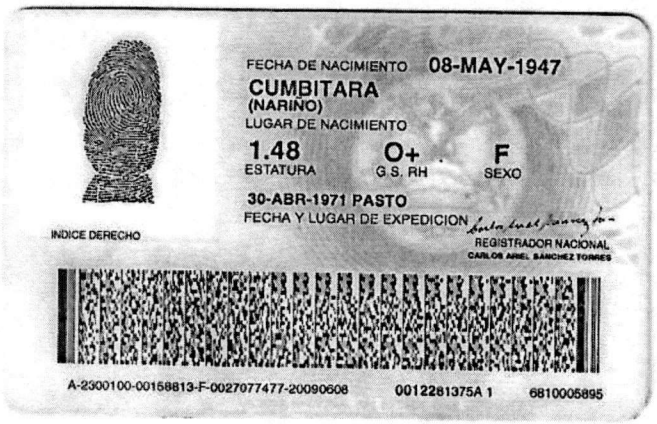
Principal	**Z961**	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	**Confirmado nuevo**

Causa Externa:	Enfermedad general	**Finalidad Consulta:**	No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS)







JUAN CARLOS ARTEGA DÌAZ

Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestaciòn del servicio.
Su utilizaciòn indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

Emilio Humberto Ceròn Lasso

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	COMPROBANTE DE ATENCIÓN RECIBIDA POR EL USUARIO	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
			VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
				HOJA: 1 DE: 1

COPIA CONTROLADA

Yo, MARGOTH NOHEMY DIAZ DE ARTEAGA identificado(a) con documento de identidad CC 27077477 certifico que he recibido servicios por concepto de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA el 08/05/2025 en la CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE

CÓDIGO AUTORIZACIÓN 19

DERECHOS: ACTIVO ●

COTIZANTE: ○ **BENEFICIARIO:** ○ **OTRO:** ● **CATEGORIA:** A ○ B ○ C ○ **EXENTO** ●

NIVEL SISBEN: 1 ○ 2 ○ **SE INFORMA COPAGO:** SI: ○ **NO APLICA:** ●

Nota: DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN No 2284 del 2023

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57729
Fecha de Expedición: 30/05/2025 11:01:43 AM
Fecha de Vencimiento: 29/06/2025
Fecha de Generación: 30/05/2025 11:02:47 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**

PACIENTE:	ORTIZ MORENO ALEJANDRA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	22 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1000149616
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	CRA 12 F N 21 A26 CANCHALA	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/05/2025 11:02:47 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-21
AUTORIZACIÓN:	12	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-21
DIAGNÓSTICO:	M350	**PROFESIONAL:**	GLORIA STELLA MUÑOZ

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	60,320.00	0.00	0.00	60,320.00

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.560-2 Software fact-elec

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	60,320.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	60,320.00

SON: SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Alejandra Ortiz Moreno
Paciente y/o acudiente

Elaboró: MARITZA ANDREA CRUZ VACA

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

eaccc9091358ac9fe457264a777f98fbdf0da21a8d8bc649307063285b76c12aab84e65a74f4d107f500c4401a3ed31c

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 12 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 22/04/2025

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO	☐	CIRUGIAS	X	CONSULTA T.O ☐
	TTO. ODONTOLOGICO	☐	EMERGENCIA		PARA E.P. ☐
	TTO. HOSPITALARIO	☐			FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A: ALEJANDRA ORTIZ MORENO	CARNE No. 98391875-D
FAMILIAR DE. HERNAN ORTIZ	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. X

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE MIOPIA Y ASTIGMATISMO HACE 7 AÑOS, CON FATIGA VISUAL CON CORRECCION ACTUAL, POR LO CUAL SS VALORACION POR SU ESPECIALIDAD.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Morena J Montilo
Medica General
R.M. 109490573
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADO

RECIBI

C.C.No. 98 391 875 pasto.

PAREDES
FECHA: 21-05-25
PISO: 10

Alejandra Ortiz Moreno
CC 1000149616

98.391.875-D



ALEJANDRA
ORTIZ MORENO

T.I. 1.000.149.616

RH: O+

Fecha de Nacimiento 09/11/2002

SENA

REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Escaneado con CamScanner

Heman Ezequiel Ortiz

Nombre del Funcionario o Pensionado

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

Firma AUTORIZADA

William Orlando Narváez Marcillo

Escaneado con CamScanner

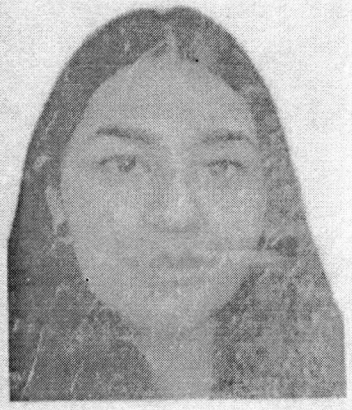
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.149.616
ORTIZ MORENO

APELLIDOS
ALEJANDRA

NOMBRES
Alejandra Ortiz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

06-ENE-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01197753-F-1000149616-20210107 0073024319A 1 8501263902

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	COMPROBANTE DE ATENCIÓN RECIBIDA POR EL USUARIO	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
				FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
			VERSIÓN:	HOJA: 1 DE: 1

COPIA CONTROLADA

Yo, ALEJANDRA ORTIZ MORENO identificado(a) con documento de identidad CC 1000149616 certifico que he recibido servicios por concepto de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA el 21/05/2025 en la CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

Alejandra Ortiz Moreno

FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE

cc. 1000149616

CÓDIGO AUTORIZACIÓN 12

DERECHOS: ACTIVO ●

COTIZANTE: ○ **BENEFICIARIO:** ○ **OTRO:** ● **CATEGORIA:** A ○ B ○ C ○ EXENTO ●

NIVEL SISBEN: 1 ○ 2 ○ **SE INFORMA COPAGO:** SI: ○ NO APLICA: ●

Nota: DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN No 2284 del 2023

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57735
Fecha de Expedición: 30/05/2025 11:29:31 AM
Fecha de Vencimiento: 29/06/2025
Fecha de Generación: 30/05/2025 11:30:35 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**

PACIENTE:	GOMEZ ZAMUDIO LUISA EXIONILA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	80 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27075283
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	CLL 22 N 14 82 AVENIDA COLOMBIA	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/05/2025 11:30:35 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-21
AUTORIZACIÓN:	14	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-21
DIAGNÓSTICO:	H269	**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	60,320.00	0.00	0.00	60,320.00

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.026.580-2 Software: fact-elec

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	60,320.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	60,320.00

SON: SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: MARITZA ANDREA CRUZ VACA

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

e05280719236d82670b183097609e45a1dbe9794e09db5e8ee9c6f282ad4eb9b6f14d480d2b838bb0585af0c194340c8

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 14 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 24/04/2025

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS [x] ☐	CONSULTA T.O ☐
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA	PARA E.P. ☐
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A: LUISA GOMEZ ZAMUDIO	CARNE No. 12999903A
FAMILIAR DE ORLANDO ORBES GOMEZ	CONYUGUE HIJO PADRE HNO. ☐ [x] ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: NEUROLOGIA EN SEGUIMIENTO POR SU ESPECIALIDAD, ANTE CAMBIO DE PRESTADOR EXTERNO
RENUVO ORDEN DE SERVICIO

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA MES AÑO			

Lorena J. Montero
Médico General
R.M. 109190573
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Luisa Gomez

C.C.No. 27075283 de Pasto

PAREDES
FECHA: 13:45
PISO: 10


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.075.283
GOMEZ ZAMUDIO
APELLIDOS
LUISA EXIONILA
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1944
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-SEP-1989 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2300100-00253436-F-00270752B3-20100903 0023698244A 1 6820933189


NARIÑO
12999903-A
LUISA EXIONILA
GOMEZ ZAMUDIO
C.C. 27.075.283
RH A+
Fecha de nacimiento 25 SEP 1944
SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL


ORLANDO DAVID ORBES GOMEZ
Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestaciòn del servicio.
Su utilizaciòn indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

Emilio Humberto Ceròn Lasso

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	COMPROBANTE DE ATENCIÓN RECIBIDA POR EL USUARIO	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
			VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
				HOJA: 1 DE: 1

COPIA CONTROLADA

Yo, LUISA EXIONILA GOMEZ ZAMUDIO identificado(a) con documento de identidad CC 27075283 certifico que he recibido servicios por concepto de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA el 21/05/2025 en la CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE

CÓDIGO AUTORIZACIÓN 14

DERECHOS: **ACTIVO** ●

COTIZANTE: ○ **BENEFICIARIO:** ○ **OTRO:** ● **CATEGORIA: A** ○ **B** ○ **C** ○ **EXENTO** ●

NIVEL SISBEN: 1 ○ **2** ○ **SE INFORMA COPAGO: SI:** ○ **NO APLICA:** ●

Nota: DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN No 2284 del 2023

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57739
Fecha de Expedición: 30/05/2025 11:57:01 AM
Fecha de Vencimiento: 29/06/2025
Fecha de Generación: 30/05/2025 11:58:05 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**

PACIENTE:	RIVERA DE TIMARAN GLORIA DEL CARMEN	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	80 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27076682
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	BARRIO CAPUSIGRA	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	30/05/2025 11:58:05 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-29
AUTORIZACIÓN:	146	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-29
DIAGNÓSTICO:	H048	**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	60,320.00	0.00	0.00	60,320.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	60,320.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	60,320.00

SON: SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

PACIENTE FIRMA AUTORIZACIÓN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: MARITZA ANDREA CRUZ VACA

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

dedcd9cfbb265e45065e4fe53525bbd10ea9366b55948f07a31c1c062aabf1608ab97e593ee1f0533988655787d41a04

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 146 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 19/05/2025

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS		CONSULTA T.O ☐	
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA	X	PARA E.P. ☐	
	TTO. HOSPITALARIO ☐			FAMILIAR DE P. ☐	

DOCTOR CLINICA: PAREDES	SERVICIO ESPECIALIDAD	TELEFONO

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A GLORIA DEL CARMEN RIVERA DE TIMARAN	CARNE No. 5198379-A
FAMILIAR DE. EDMUNDO TIMARAN	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ X

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA, SS VALORACION INTEGRAL POR SU ESPECIALIDAD

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J. Montenegro
Médico General
R.M. 1094905873
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADO

RECIBI Gloria R. de Timaran
C.C.No. 27.076682 Pasto

D. Vela
PAREDES
FECHA: 13:20. 29
HORA: 10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.076.682
RIVERA De TIMARAN
APELLIDOS
GLORIA DEL CARMEN
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1945
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-NOV-1970 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2300100-00135592-F-0027076682-20081210 0007853899A 1 6800023795

NARIÑO

5198379-A



GLORIA DEL CARMEN
RIVERA De TIMARAN
C.C 27.076.682
RH A+
Fecha de nacimiento 28/04/1945

SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL

SENA
DE CLASE MUNDIAL

EDMUNDO E. TIMARAN MEZA
Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestaciòn del servicio.
Su utilizaciòn indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

Emilio Humberto Ceròn Lasso

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	COMPROBANTE DE ATENCIÓN RECIBIDA POR EL USUARIO	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
			VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
				HOJA: 1 DE: 1

COPIA CONTROLADA

Yo, GLORIA DEL CARMEN RIVERA DE TIMARAN identificado(a) con documento de identidad CC 27076682 certifico que he recibido servicios por concepto de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA el 29/05/2025 en la CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

Gloria R de Timaran

FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE

CÓDIGO AUTORIZACIÓN 146

DERECHOS: **ACTIVO** ●

COTIZANTE: ○ **BENEFICIARIO:** ○ **OTRO:** ● **CATEGORIA: A** ○ **B** ○ **C** ○ **EXENTO** ●

NIVEL SISBEN: 1 ○ **2** ○ **SE INFORMA COPAGO: SI:** ○ **NO APLICA:** ●

Nota: DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN No 2284 del 2023

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57866
Fecha de Expedición: 31/05/2025 10:45:25 AM
Fecha de Vencimiento: 30/06/2025
Fecha de Generación: 31/05/2025 10:46:29 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**

PACIENTE:	GOMEZ ZAMUDIO LUISA EXIONILA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	80 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27075283
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	CLL 22 N 14 82 AVENIDA COLOMBIA	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	31/05/2025 10:46:29 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-31
AUTORIZACIÓN:	172	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-31
DIAGNÓSTICO:	Z010	**PROFESIONAL:**	EXAMEN DIAGNOSTICO A CERO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
950610	94	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	2	158,880.00	0.00	0.00	317,760.00
951501	94	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	2	158,880.00	0.00	0.00	317,760.00
952001	94	BIOMETRIA OCULAR	2	121,520.00	0.00	0.00	243,040.00
951902	94	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	119,200.00	0.00	0.00	238,400.00

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

TOTAL ÍTEMS: 4
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	1,116,960.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	1,116,960.00

SON: UN MILLON CIENTO DIECISEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

PACIENTE FIRMA AUTORIZACIÓN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: Natalia Mayerly Luna Robles

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

52b0edbe0916554f8ad3a9cf84ec7e31733759bdbef773971facd3c7dbf07518437f0492e00866f52600b2cbbacde4bd

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 172 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 23/05/2025

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO ☐		CIRUGIAS	X	CONSULTA T.O ☐
	TTO. ODONTOLOGICO ☐		EMERGENCIA		PARA E.P. ☐
	TTO. HOSPITALARIO ☐				FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR	**ESPECIALIDAD**	**TELEFONO**
CLINICA: PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A: LUISA GOMEZ ZAMUDIO	CARNE No. 12999903A
FAMILIAR DE ORLANDO ORBES GOMEZ	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☒ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR CANTIDAD#2
RECUENTO DE CEULAS ENDOTELIALES CANTIDAD#2
TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE CANTIDAD#2
BIOMETRIA OCULAR CANTIDAD#2
CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RETINOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE VALORADA POR OFTALMOLOGIA 21-05-2025 SS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA VALORACION POR RETINOLOGIA
ANEXAR HISTORIA CLINICA DE ESPECIALIDAD.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J Montero
Medico General
R.M. 109490573
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Luisa Gómez
C.C.No. 27.075.283 Pasto.

4 CC 12999903

PAREDES
FECHA: 7.59 31
PISO: 10



CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

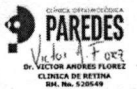
NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA PASTO - NARIÑO
7332029

CONSULTAS/EXAMEN/PROCEDIMIENTO No. 155209 Fecha 2025-05-21

PACIENTE:	LUISA EXIONILA GOMEZ ZAMUDIO	**DOC. ID:**	CC27075283	**FECHA NAC:**	25/09/1944
EDAD:	80 años 7 meses 26 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	PASTO
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	CLL 22 N 14 82 AVENIDA COLOMBIA		
TELÉFONO:	3162997910 - 3154583572	**OCUPACIÓN:**	No se tiene Información		
TIPO AFIL:	OTRO **RÉGIMEN:** ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO		
EPS:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
PLAN CONTR:	SENA - OFTALMOLOGIA				
ACUDIENTE:	ANGELA ORBES	**PARENTESCO:**	NIETOS	**TELÉF. ACUD:**	3154583572
DIAGNÓSTICO:	H269 - CATARATA, NO ESPECIFICADA, Sitio: Bilateral				

PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL
951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Bilateral	2	OCT MACULAR AO	H269
950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	Bilateral	2	RECUENTO ENDOTELIAL AO	H269
951501	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	Bilateral	2	TOPOGRAFIA CORNEAL AO	H269
952001	BIOMETRIA OCULAR	Bilateral	2	BIOMETRIA OCULAR AO	H269

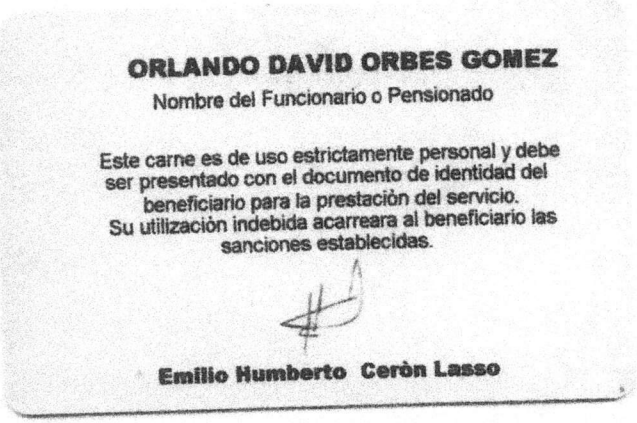


VICTOR ANDRES FLOREZ REVELO
OFTALMOLOGO
Registro No.: 520549


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 27.075.283
GOMEZ ZAMUDIO
APELLIDOS
LUISA EXIONILA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1944
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
15-SEP-1969 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AUGL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2300100-00253436-F-0027075283-20100903 0023698244A 1 6820933189


NARIÑO
12999903-A
LUISA EXIONILA
GOMEZ ZAMUDIO
C.C. 27.075.283
RH A+
Fecha de nacimiento 25 SEP 1944
SERVICIO MEDICO
ASISTENCIAL
SENA
DE CLASE MUNDIAL


ORLANDO DAVID ORBES GOMEZ
Nombre del Funcionario o Pensionado
Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestaciòn del servicio.
Su utilizaciòn indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.
Emilio Humberto Ceròn Lasso

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	COMPROBANTE DE ATENCIÓN RECIBIDA POR EL USUARIO	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
			VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
				HOJA: 1 DE: 1

COPIA CONTROLADA

Yo, LUISA EXIONILA GOMEZ ZAMUDIO identificado(a) con documento de identidad CC 27075283 certifico que he recibido servicios por concepto de RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES el 31/05/2025, TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE el 31/05/2025, TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR el 31/05/2025, BIOMETRIA OCULAR el 31/05/2025 en la CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE

CC 12999903

CÓDIGO AUTORIZACIÓN 172

DERECHOS: ACTIVO ●

COTIZANTE: ○ **BENEFICIARIO:** ○ **OTRO:** ● **CATEGORIA:** A ○ B ○ C ○ **EXENTO** ●

NIVEL SISBEN: 1 ○ 2 ○ **SE INFORMA COPAGO:** SI: ○ **NO APLICA:** ●

Nota: DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN No 2284 del 2023

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57896
Fecha de Expedición: 31/05/2025 1:24:17 PM
Fecha de Vencimiento: 30/06/2025
Fecha de Generación: 31/05/2025 1:25:21 PM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**

PACIENTE:	JOSA LOPEZ YAMILE YOVANA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	41 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	59311651
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	BARRIO BALCONES DEL ESTE	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	31/05/2025 1:25:21 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-19
AUTORIZACIÓN:	28	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-19
DIAGNÓSTICO:	M350	**PROFESIONAL:**	IGNACIO ARTEAGA

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	60,320.00	0.00	0.00	60,320.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00 **COPAGO:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA** **TOTAL:** 60,320.00

SUBTOTAL GENERAL:	60,320.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00

SON: SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

PACIENTE FIRMA AUTORIZACIÓN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANGIE MARISOL DOMÍNGUEZ TORO

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

019bace3c1d88970c3186b49cd37fa4f5c52b96647809cc187261385cb39f1734dc6cd5e5bd3a666b20fcf266fb1984b

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57896
Fecha de Expedición: 31/05/2025 1:24:17 PM
Fecha de Vencimiento: 30/06/2025
Fecha de Generación: 31/05/2025 1:25:21 PM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**

PACIENTE:	JOSA LOPEZ YAMILE YOVANA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	41 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	59311651
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	BARRIO BALCONES DEL ESTE	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	31/05/2025 1:25:21 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-19
AUTORIZACIÓN:	28	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-19
DIAGNÓSTICO:	M350	**PROFESIONAL:**	IGNACIO ARTEAGA

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	60,320.00	0.00	0.00	60,320.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	60,320.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	60,320.00

SON: SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

PACIENTE FIRMA AUTORIZACIÓN
Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANGIE MARISOL DOMÍNGUEZ TORO

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

019bace3c1d88970c3186b49cd37fa4f5c52b96647809cc187261385cb39f1734dc6cd5e5bd3a666b20fcf266fb1984b

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 28 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 13/05/2025

TIPO DE SERVICIO					
	TTO. AMBULATORIO	☐	CIRUGIAS		CONSULTA T.O ☐
	TTO. ODONTOLOGICO	☐	EMERGENCIA	X	PARA E.P. ☐
	TTO. HOSPITALARIO	☐			FAMILIAR DE P. ☐

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO / CLINICA

A: YAMILE YOBANA JOSA	CARNE No. 98393542-C
FAMILIAR DE. JUAN ARTEAGA	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE OJO SECO Y CONJUNTIVITIS ATOPICA, EN SEGUIMIENTO POR SU ESPECIALIDAD, ANTE CAMBIO DE PRESTADOR SE RENUEVA ORDEN DE ATENCION.

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Dra. Lorena Montilla
Medica General
R.M. 109190573
U. del Quindío

MEDICA ASESORA

COORDINAD

RECIBI Yamile Josa

C.C.No. 98393542

Dr Ignacio PAREDES G.49. 195 ES
FECHA: 10
PISO:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 59.311.651
JOSA LOPEZ

YAMILE YOVANA



FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1983
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
10-ABR-2002 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-2300100-00056190-F-0059311651-20150411 0043841790A 1 6803218121

98.393.542-C



YAMILE YOVANA
JOSA LOPEZ

RH: O+

Fecha de Nacimiento 23/09/1983

Juan Carlos Arteaga Díaz
Nombre del Funcionario o Pensionado

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

Firma AUTORIZADA

Emilio Humberto Ceron Lasso

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES	COMPROBANTE DE ATENCIÓN RECIBIDA POR EL USUARIO	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
			VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
				HOJA: 1 DE: 1

COPIA CONTROLADA

Yo, YAMILE YOVANA JOSA LOPEZ identificado(a) con documento de identidad CC 59311651 certifico que he recibido servicios por concepto de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA el 19/05/2025 en la CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

PACIENTE FIRMA AUTORIZACIÓN

FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE

CÓDIGO AUTORIZACIÓN 28

DERECHOS: **ACTIVO** ●

COTIZANTE: ○ **BENEFICIARIO:** ○ **OTRO:** ● **CATEGORIA: A** ○ **B** ○ **C** ○ **EXENTO** ●

NIVEL SISBEN: 1 ○ **2** ○ **SE INFORMA COPAGO: SI:** ○ **NO APLICA:** ●

Se firma en Pasto, Nariño el día 31 de mayo de 2025

Nota: DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN No 2284 del 2023

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 5200100292
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 57853
Fecha de Expedición: 31/05/2025 10:29:03 AM
Fecha de Vencimiento: 30/06/2025
Fecha de Generación: 31/05/2025 10:30:07 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** SENA - OFTALMOLOGIA
DIRECCIÓN: CR 3 BIS 15 A N 12 CS 212 ED CENTRO DE ESPECIALISTAS **TELÉFONOS:**
PÓLIZA:

PACIENTE:	ZUTTA DE ARGUELLO MARIA ESPERANZA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	81 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27070749
TIPO DE USUARIO:	Especial o Excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	CRA 43 N 16B 54 LA COLINA	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	31/05/2025 10:30:07 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2025-05-14
AUTORIZACIÓN:	20	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2025-05-14
DIAGNÓSTICO:	H532	**PROFESIONAL:**	GLORIA STELLA MUÑOZ

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	60,320.00	0.00	0.00	60,320.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	60,320.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	60,320.00

SON: SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

PACIENTE FIRMA AUTORIZACIÓN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: Natalia Mayerly Luna Robles

RES DIAN No. 18764089113438 DE 2025-02-19 HASTA 2026-02-19 No 1COP 40621 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

d5e3e6bb6352f81d998f8698d1807dd2cb70428f510e789df2d80c7c6d6dbc89fa46be06608071a83bd51ebbe8fdfbed

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 20 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 5/05/2025

TIPO DE SERVICIO				
	TTO. AMBULATORIO ☐	CIRUGIAS ☐	CONSULTA T.O ☐	
	TTO. ODONTOLOGICO ☐	EMERGENCIA ☒	PARA E.P. ☐	
	TTO. HOSPITALARIO ☐		FAMILIAR DE P. ☐	

DOCTOR	SERVICIO	TELEFONO
CLINICA: PAREDES	ESPECIALIDAD	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

A: MARIA ESPERANZA ZUTTA	CARNE No. 5198806-A
FAMILIAR DE. OSWALDO ARGUELLO	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO. ☐ X

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR SU ESPECIALIDAD DE FORMA PARTICULAR EN FUNDONAR
ANTE CAMBIO DE PRESTADOR, SE ORDENA SEGUIMIENTO EN ENTIDAD EN CONVENIO CON EL SENA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Lorena J. Montilo
Medica General
R.M. 109490573
U. del Quindio

MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI María Fernanda Zutta A.

C.C.No. 27870749

PAREDES
FECHA: 09-05-25
PISO: 9

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800184080-0
CR 40 A 19 B 15 AV PANAMERICANA
TELEFONOS 7419272

NOMBRE:	ZUTTA DE ARGUELLO MARIA ESPERANZA	**MEDICO TRATANTE:**	VÍCTOR ANDRES FLOREZ REVELO
IDENTIFICACION:	27070749	**ENTIDAD:**	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	**REGIMEN:**	CONTRIBUTIVO
FECHA DE NACIMIENTO:	1943-10-12 (81 AÑOS)	**CONTRATO:**	INVITACION PUBLICA No. RN004-2016-00578
SEXO:	FEMENINO	**TIPO DE USUARIO:**	BENEFICIARIO
TELEFONO:	3007747829 3007747829	**NIVEL DE USUARIO:**	NO APLICA
DIRECCION:	CRA 43 N 16B 54 LA COLINA	**OCUPACION:**	9994-AMA DE CASA
FECHA DE REGISTRO:	2023-11-02 11:28:09	**ACUDIENTE:**	PATRICIA ZUTTA
		TEL. ACUDIENTE:	3006552642
		PARENTESCO:	HERMANA

ORDEN EXTERNA-PROCEDIMIENTOS

Procedimientos

951903 - ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE, MACULAR AMBOS OJOS REPORTE ESTRUCTURAL DE RETINA MAP, GRID Y HD LINE
890376 - CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL, CONTROL EN 6 MESES.

Diagnostico

Principal	**Z961**	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	**Confirmado nuevo**

Causa Externa:	Enfermedad general	**Finalidad Consulta:**	No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS)

VÍCTOR ANDRES FLOREZ REVELO

5.198.808.-A



MARIA ESPERANZA
ZUTTA DE ARGUELLO
C.C. 27.070.749
RH O+
Fecha de nacimiento 12 NOV 1943

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

JESUS OSWALDO ARGUELLO BERNAL

Nombre del Funcionario o Pensionado

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestaciòn del servicio. Su utilizaciòn indebida acarreara al beneficiario las sanciones establecidas.

Emilio Humberto Ceròn Lasso

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.070.749

ZUTTA DE ARGUELLO
APELLIDOS

MARIA ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1943
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

20-DIC-1965 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2300100-53148381-F-0027070749-20060601 04599 06151B 02 192652961