Sociedad Clinica Boyaca Ltda
Nit. 891.856.507-9
Transversasl 29 No. 9C - 41
Tels. (57) 7 60 47 57 | Fax. (57) 7 63 13 86
Email.: clinicaboyaca@gmail.com
Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: 320064

Resolución No. 18764002844721
FECHA: 2020/08/24
RANGO DEL 320.001 AL 360.000 AUTORIZA
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.
CUFE : 59232e95c9213c67f6a0d43d06f46a42cf394a0e93600c25d1f02def709a6bac61b4a4b67dd73d202b4f715459ae456b

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 : **2020-08-25**
Fecha Vencimiento : **24/09/2020**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **CIFUENTES NIÑO KAREN JULIETH**
Identificacion: **1002395426**
Dirección : **CALLE 19A N° 13A - 15**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3115594566-3214550496**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **20/08/2020**
F. Salida : **20/08/2020**
Historia : **T-193378**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890250	Consulta Ginecologia	20/08/2020	1127	1,00	106.000	106.000		0	106.000

Observaciones

T238

Valores Finales

Sub Total	106.000
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**106.000**

SON: Ciento Seis Mil, Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Johanna R
Reyes Guarin Leidy Johanna

Aceptada

FIRMA Y SELLC
C.C. Ó NIT.

SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA

Nit.: 891856507

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

No. A1932941 *** **S6053613**

Fecha Expedición 20 / 08 / 2020 Fecha Cita

Autorización No. 1127 Hora Cita

ENTIDAD Sena

Especialista **Rivera Holguin Ana Zulma**

Dirección Consultorio **Transversal 29 No.9c-41 Piso 4.**

Teléfono Consultorio **7604756** **7605860**

Paciente **CIFUENTES NIÑO KAREN JULIETH**

Identificación **1002395426**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT	COPAGO	CUOTA MOD	TOTAL
S39143C	Consulta Ginecologia	1		0	**106.000**
			0	0	**106.000**

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

Firma Paciente

TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7604757 FAX - 7631386 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

LEYDY CONGUTA 20/08/2020 09:33:46 A.m.

Impreso: 2020-08-12

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1127

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

HC: 1002395426

Favor atender por nuestra cuenta a CIFUENTES NIÑO KAREN JULIETH identificado con el carne 74322958-D Hijo de CIFUENTES RODRIGUEZ LIBARDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Externa Especializada	1	106000	106000

OBSERVACIONES

VALORACION PARA GINECOLOGIA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

x Angelica María Niño R.

Recibido a Satisfacción C.C. 33366524

creada por: pmoreno

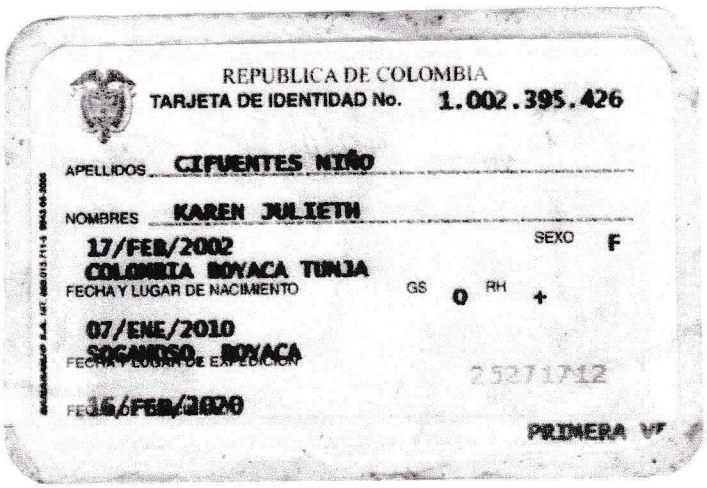


REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Carmen Stella Guio Tellez

FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO



REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.002.395.426

APELLIDOS CIFUENTES NIÑO

NOMBRES KAREN JULIETH

17/FEB/2002 SEXO F

COLOMBIA BOYACA TUNJA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO GS O RH +

07/ENE/2010

SOGAMOSO BOYACA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

2527712

FECHA 16/FEB/2020

PRIMERA VEZ



74322958-D

Karen Julieth

Cifuentes Niño

Id. N°. 1,002,395,426 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento: 17/02/2002

RH: O+

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Clínica Boyacá
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7604757 FAX - 7631386 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

HISTORIA CLINICA
CONSULTA ESPECIALISTA **1002395426**
SENA
A1932941 S6053613

Nombre:	**CIFUENTES NIÑO KAREN JULIETH**			*Cedula De Ciudadania* No.:	**1002395426**
Fecha Nacimiento:	**17/02/2002**	Edad: **18 Años**	Sexo:	**Femenino**	Teléfono: **3115594566**
Dirección:	**Calle 19a N° 13a - 15**		Departamento:	**Boyaca**	Municipio: **Paipa**

CONSULTA

**** CONSULTA** Fecha: 20/08/2020 HORA:** 09:40:47 a.m.

DATOS DE INGRESO

VIA INGRESO: CONSULTA ESPECIALISTA
FECHA: 20/08/2020
HORA: 09:40:47 a.m.
CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 18 AÑOS, MENSTRUACIONES IRREGULARES HASTA CADA 6 MESES. INICIO ACTIVIDAD SEXUAL CON AMIGO DE 22 AÑOS HACE 2 MESES, UNA SOLA RELACION.

ANTECEDENTES:
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS : *** M 15 AÑOS, CICLOS IRREGULARES
ANTECEDENTES PERSONALES: *** ASMA, DEPRESION SIN MEDICACION
ANTEDENTES QUIRURGICOS: *** NIEGA

REVISION POR SISTEMA:
EXAMEN FISICO: BUEN ASPECTO GENERAL, CONJUNTIVAS ROSADAS
TA: 115/80 | **FC:** 78 | **FR:** 20 | **PESO:** 73Kg | **TALLA:** 1,54cm | **IMC:** 30,78 |

TORAX Y CARDIOPULMONAR: SENOS TANNER 5, NO SECRECION. ACNE EN PECHO Y ESPALDA.
ABDOMEN: ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, NOMASAS
PELVIS Y GENITOURINARIO: NO TV

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: E282 : SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO
DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: E669 : OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
DIAGNOSTICO RELACIONADO 2: F339 : TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO
TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA:
ORDENES MEDICAS:
SS ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL

CITA CONTROL GINECOLOGIA

SS FSH
LH
TSH

SS VALORACION PSIQUIATRIA

OBJETIVO:

RIVERA HOLGUIN ANA ZULMA
GINECO-OBSTETRA R.M.002046

DATOS DE EGRESO

FECHA EGRESO: 20/08/2020 **HORA EGRESO:** 09:59:47 a.m.
ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Fin