Sociedad Clinica Boyaca Ltda

Nit. 891856507-9

Transversal 29 nO. 9C - 41
Tel. (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.:
330819

Resolución No. 18764002844721
FECHA: 2020/08/24 HASTA: 2021/08/24
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 : a9232aaaeab50684f66b20f8f85e903c98f6106c87dcfbc1e7a331f4d927b6222e226c8bca92bb5bc42ae8d28f13133e

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 : **2020-11-30**
Fecha Vencimiento : **30/12/2020**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **CASTILLO PEDRAZA DAVID SANTIAGO**
Identificacion: **1057599291**
Dirección : **CARRERA 18A N° 4A - 06**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3133699224 - 3112764058**

Datos Atención

Via Ingreso: **CONSULTA ESPECIALISTA**
F ingreso: **26/11/2020**
F. Salida : **26/11/2020**
Historia : **T-196624**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
890242	Consulta Dermatologia	26/11/2020	2018	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 SELL(
C.C. Ó NIT.

Impreso: 2020-11-20

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2018

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

HC: 1057599291

Favor atender por nuestra cuenta a CASTILLO PEDRAZA DAVID SANTIAGO identificado con el carne 46371461-D Hijo de PEDRAZA VALLEJO JULIETA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Externa Especializada	1	106000	106000

OBSERVACIONES

VALLORACION POR DERMATOLOGIA

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

Rocio Del Pilar Galarza Rojas

Firmado digitalmente por Rocio Del Pilar Galarza Rojas
Fecha: 2020.11.20 15:17:22 -05'00'

Médico/Odontólogo Asesor

x David Castillo 1057599291

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

Recomendaciones	se da orden de valoracion por dermatologia se dan recomendaciones de autoucidado alimentacion disminuir un poco el consumo con alimentos ricos en hierro
Remisión	890242 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
Resúmen clínico	valoracion por dermatologia

Rocio Del Pilar Galarza Rojas

Firmado digitalmente por Rocio Del Pilar Galarza Rojas
Fecha: 2020.11.20 15:22:29 -05'00'

ROCIO DEL PILAR GALARZA ROJAS 1322



46371461-D

David Santiago
Castillo Pedraza

Id. N°. 1057599291 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento: 24/11/1995
RH: B+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

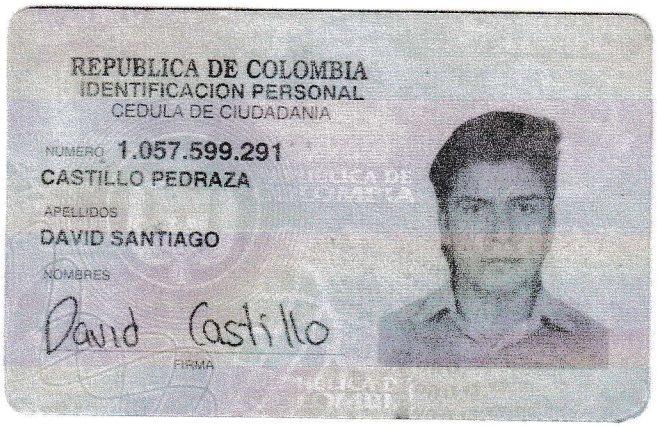
Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

David Santiago
Castillo Pedraza
RH: B+

46371461-D

Fecha de Expedición: 12/02/2019

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.057.599.291
CASTILLO PEDRAZA
APELLIDOS
DAVID SANTIAGO
NOMBRES

David Castillo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1995
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
26-NOV-2013 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-0727700-00548349-M-1057599291-20140221 0037292716A 1 38675480

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

HISTORIA CLINICA
CONSULTA DERMATOLOGIA

Historia No **1057599291**

Ingreso		Egreso	
Fecha	Hora	Fecha	Hora
26/11/2020	01:26:42 P.m.	26/11/2020	01:46:42 P.m.

SENA

Datos Paciente

Nombre: **CASTILLO PEDRAZA DAVID SANTIAGO** **Beneficiario**

Fecha Nacimiento: 24/11/1995 ***Edad:*** 25 Años ***Sexo:*** Masculino

Dirección: Carrera 18a N° 4a - 06 ***Municipio:*** Sogamoso ***Departamento:*** Boyaca ***Teléfono:*** 3133699224 -

Acompañante: ***Parentesco:***

Datos Consulta

Causa Externa: 15 Otra **Cual ?**

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:
"POR ALERGIA"

ANTECENTES:
APENDICECTOMÍA
NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS
FAMILIARES:

REVISION POR SISTEMAS
REFIERE HACE 3 MESES INICION CON LESIONES RECURRENTES QUE DESAPARECEN EN HORAS, PRURITO ASOCIADO. EN GENITALES, UMBILICALES, GLUTEOS Y DORSO DE PIES,, PREDOMINO NOCTURNO

EXAMEN FISICO:
EN REGION PERIUMBILICAL, , PLIEGUES AXILARES ANTERIORES Y POSTERIORES, GLUTEOS, REGION LUMBAR, MUSLOS, PAPULAS ERITEMATOSAS, ALGUNAS URTICARIFORMES, EN ESCROTO LESIONES NODULARES ERITEAMTOSAS.
TA: | **FC** x Min | **TEMP.**: °C | **Talla:** | **Peso:** Kg | **IMC:**

EVOLUCION
SS/ EXPLICACIONES, OBSERVACIÓN, MEDIDAS HIGIENICAS
- LOS CONVIVIENTES DEBEN REALIZAR TRATAMIENTO
-MEDIDS GENERALES: CAMBIOS DIARIO DE ROPA DE ASEO DE DORMIR, DE USO DIARIO, HERVIRLA Y EXTENDERLA AL SOL, DURANTE 15 DIAS, DESDE EL PRIMER DIA QUE INCIA TRATAMIENTO (PACIENTE Y CONVIVIENTES)
-LA ROPA QUE NO PUEDA HERVIR, METERAL EN BOLSA PLASTICA, AMARRARLA POR 72 HORAS Y LAVARLA, SOL Y AIRTE, PLANCHADO POR EL REVES
.
-LOS CONVIVIENTES DEBEN REALIZAR TRATAMIENTO EL MISMO DIA QUE INCIA EL PACIENTE

* PRIMER DIA

1- IVERMECTINA GOTAS.....#DOS FRASCOS
Tomar 74 gotas dosis unica.
Repetir igual dosis a los 15 dias

2- PERMETRINA CREMA 5%.....DOS TUBOS
Aplicar del cuello hacia abajao, dejar 24 horas y bañarse
Repetir aplicación a los 8 dias

3- ACETATO DE ALUMINIO LOCIÓN.....UN FRASCO
APLICAR CADA 12 HORAS POR 8 DIAS

* 1- MOMETASONA CREMA.....UN TUBO
Aplicar en lesiones de escroto cada 12 horas por 4 dias
Luego una vez dia por 5 dias
Luego 4 aplicaciones alternas (dia por medio) y suspender

2- CLORFENIRAMINA TABLERA 4 MG.....#60
Tomar una tableta cada 12 horas por 20 dias

* ss/ CONSULTA DERMATOLOGIA EN DOS MESES

DIAGNOSTICO
ID. ESCABIOSIS ESCABIOSIS

Rodriguez Diaz Myriam Mayerly
Dermatologa
1891
Firma, Especialidad y Número del Registro del Médico

A1970050 S6193892