CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 316156
Fecha de Expedición: 01/02/2021 2:07:01 PM
Fecha de vencimiento: 02/03/2021
Fecha de Generación: 01/02/2021 8:54:58 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	NARVAEZ ARTURO AURA NELLY	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	49 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	27180687
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	MZ F CS 17 CONDOMINIO LOS AUCES	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	01/02/2021 8:54:58 AM	**INGRESO:**	2021-02-01
AUTORIZACIÓN:	69	**EGRESO:**	2021-02-01
DIAGNÓSTICO:	H400 - SOSPECHA DE GLAUCOMA	**PROFESIONAL:**	OMAR PAREDES

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890376-1	BX	DILATACION CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

SUBTOTAL GENERAL: 30,360.00
TOTAL DESCUENTO: 0.00
COPAGO: 0.00
TOTAL: 30,360.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

Paciente y/o acudiente

Elaboro: EDILSON BARCO BASANTE

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

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_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

d3c416c7c7e9024f2ae5082b79d481e9a5c0bf8825085119b199aac7e2f0a1e03443e2e53ac6a7151ad381ff15d669d2

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 69 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 29/01/2021

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: CLINICA PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

AL SEÑOR: AURA NELLY NARVAEZ ARTURO	CARNE No. 12972280-A
FAMILIAR DE. JAIME FAJARDO	CONYUGUE X HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONTROL OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: SOSPECHA DE GLAUCOMA

REMITIR EL RESULTADO A:	

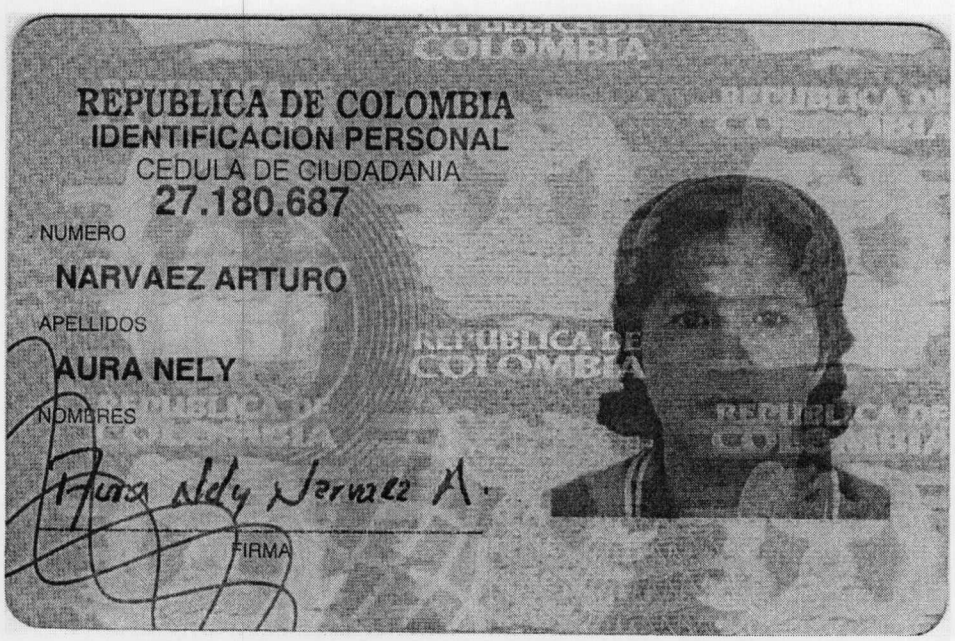
DEBE PRESENTARSE EL DIA | MES | AÑO | HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Dra. Claudia Lucia Revelo
MEDICO GENERAL
MEDICO ASESORA
RM. 520746

COORDINADOR

RECIBI Aura Nelly Narvaez A

C.C.No. 27180687


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
27.180.687
NUMERO
NARVAEZ ARTURO
APELLIDOS
AURA NELY
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1971
EL ROSARIO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
29-SEP-1990 EL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-2300100-53131071-F-0027180687-20050523
0531305143B 02 167099962

12.972.280 - A



AURA NELLY
NARVAEZ ARTURO

C.C. 27.180.687 El Rosario

RH: O+

Fecha de Nacimiento 22/06/1971

SENA

REGIONAL NARIÑO
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Jaime Marin Fajardo Daza

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

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 316842
Fecha de Expedición: 18/02/2021 7:52:25 AM
Fecha de vencimiento: 20/03/2021
Fecha de Generación: 18/02/2021 7:51:39 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	VERA GONZALES ALBA ROCIO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	51 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	30745145
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CRA 15 N 10- 26 SAN MIGUEL	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	18/02/2021 7:51:39 AM	**INGRESO:**	2021-02-18
AUTORIZACIÓN:	114	**EGRESO:**	2021-02-18
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	IGNACIO ARTEAGA CONS607

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	BX	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

		SUBTOTAL GENERAL:	30,360.00
TOTAL ÍTEMS: 1		**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
PLAZO: 30 Días		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00	**TOTAL:**	30,360.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

Alba Vera G 30745145

Paciente y/o acudiente

Elaboro: KAREN ALEXANDRA TREJO ERAZO

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLINICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE: COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

d6c9d0d15f21f982005e68f8d901f86a1dd660a7d36bb87777eb2cf7590e4d4579658a9c9d34252a4ecf9229190e4f4f

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software Fact-Elec

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 316842
Fecha de Expedición: 18/02/2021 7:52:25 AM
Fecha de vencimiento: 20/03/2021
Fecha de Generación: 18/02/2021 7:51:39 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	VERA GONZALES ALBA ROCIO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	51 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	30745145
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CRA 15 N 10- 26 SAN MIGUEL	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	18/02/2021 7:51:39 AM	**INGRESO:**	2021-02-18
AUTORIZACIÓN:	114	**EGRESO:**	2021-02-18
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	IGNACIO ARTEAGA CONS607

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	BX	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

		SUBTOTAL GENERAL:	30,360.00
TOTAL ÍTEMS: 1		**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
PLAZO: 30 Días		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00	**TOTAL:**	30,360.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

X Alba Vera G 30745145 pto

Paciente y/o acudiente

Elaboro: KAREN ALEXANDRA TREJO ERAZO

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

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_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

d6c9d0d15f21f982005e68f8d901f86a1dd660a7d36bb87777eb2cf7590e4d4579658a9c9d34252a4ecf9229190e4f4f

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 114 LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 05/02/2021

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: CLINICA PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

AL SEÑOR: ALBA ROCIO VERA GONZALEZ	CARNE No. 12992995- A
FAMILIAR DE. OMAR VILLARREAL	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☒

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

VALORACION OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: CONJUNTIVITIS CRONICA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL				DIRECCION	CODIGO	TELEFONO
DIA	MES	AÑO	HORA			

Dra. Claudia Lucia Revelo P.
MEDICO GENERAL
RM. 526146
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No. 30945 145

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.745.145**

VERA GONZALEZ
APELLIDOS

ALBA ROCIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-1969**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUN-1988 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2300100-53156691-F-0030745145-20071016 **03952** 07289M 02 233174955

cisnira los gude Cra 42 184 - 56
Of 505.

NARIÑO

12992995-A



ALBA ROCIO
VERA GONZALEZ
C.C 30.745.145
RH A+
Fecha de nacimient 11/12/1969

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

OMAR LIBARDO VILLARREAL

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 Lass

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 316940
Fecha de Expedición: 22/02/2021 8:53:50 AM
Fecha de vencimiento: 24/03/2021
Fecha de Generación: 22/02/2021 8:53:13 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	VERA GONZALES ALBA ROCIO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	51 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	30745145
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CRA 15 N 10- 26 SAN MIGUEL	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	22/02/2021 8:53:13 AM	**INGRESO:**	2021-02-22
AUTORIZACIÓN:	197	**EGRESO:**	2021-02-22
DIAGNÓSTICO:	M350 - SINDROME SECO [SJÖGREN]	**PROFESIONAL:**	CLINICA PAREDES

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
951902	BX	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	127,500.00	0.00	0.00	255,000.00

SUBTOTAL GENERAL:	255,000.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	255,000.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SON: Doscientos Cincuenta Y cinco mil pesos m/cte.

30748145 PAZ

Paciente y/o acudiente

Elaboro: EDILSON BARCO BASANTE

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

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_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

6b20df52daa9c996bcf32e839a18134b72634007443fc4e7c91c2a02b3ed653c3aeac9625142f5893b67d30c3ae94250

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

ORDEN DE ATENCION

No. 197.1
LOPE

REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 19/02/2021

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA: CLINICA PAREDES		

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

AL SEÑOR: ALBA ROCIO VERA GONZALEZ	CARNE No. 12992995- A
FAMILIAR DE. OMAR VILLARREAL	CONYUGUE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HNO ☒

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR NERVIO OPTICO AMBOS OJOS

OBSERVACIONES: SINDROME SECO (SJOGREN) - M350

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA | MES | AÑO | HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Dra. Claudia Lucia Revelo
MEDICO GENERAL
MEDICO ASESOR
RM. 520[illegible]

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No. 30 745 145 Pto

NARIÑO

12992995-A



ALBA ROCIO
VERA GONZALEZ
C.C 30.745.145
RH A+
Fecha de nacimient 11/12/1969

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

OMAR LIBARDO VILLARREAL

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 Lass

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.745.145**

VERA GONZALEZ

APELLIDOS

ALBA ROCIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-1969**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUN-1988 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2300100-53156691-F-0030745145-20071016 **03952** 07289M 02 233174955

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 317014
Fecha de Expedición: 23/02/2021 9:26:30 AM
Fecha de vencimiento: 25/03/2021
Fecha de Generación: 23/02/2021 9:25:29 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	CERON OBANDO ANA MARIA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	23 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	1233189782
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	MZ 3 CS 7 LAS BRISAS	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	23/02/2021 9:25:29 AM	**INGRESO:**	2021-02-23
AUTORIZACIÓN:	135	**EGRESO:**	2021-02-23
DIAGNÓSTICO:	H522 - ASTIGMATISMO	**PROFESIONAL:**	OMAR PAREDES

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890376	BX	CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGÍA GENERAL	1	30,360.00	0.00	0.00	30,360.00

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

		SUBTOTAL GENERAL:	30,360.00
TOTAL ÍTEMS: 1		**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
PLAZO: 30 Días		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00	**TOTAL:**	30,360.00

SON: Treinta mil Trescientos Sesenta pesos m/cte.

Paciente y/o acudiente

Elaboro: EDILSON BARCO BASANTE

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000

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_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

1f61725166e6e2b7f2f1192a4846cc20a78c3a6cfe32fdffa38a0899283afae43eb588abba4abc39a9ca19d5ebe66809

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No 135 LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 09/02/2021

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

DOCTOR	ESPECIALIDAD	TELEFONO
CLINICA CLINICA PAREDES	OFTALMOLOGIA	

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐
CLINICA ☐

AL SEÑOR ANA MARIA CERON OBANDO	CARNE No 12979572-C
FAMILIAR DE GUILLERMO CERON	CONYUGUE HIJO ☐ PADRE ☒ HNO ☐

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

CONTROL OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES: ANTECEDENTE DE CIRUGIA REFRACTIVA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA | MES | AÑO | HORA	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Dra. Claudia Lucia Rueda G
MEDICO GENERAL
MEDICO TRATANTE
RM. 520746

COORDINADOR

RECIBI

C.C.No 1233189182


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.233.189.782
CERON OBANDO
APELLIDOS
ANA MARIA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1997
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-JUL-2015 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
(INDICE DERECHO)
A-2000702-01121982-F-1233189782-20191226
0089649864 A 3
6500127933



12.979.572-C

ANA MARIA

CERON OBANDO

C.C. 1.233.189.782 de Pasto

RH: O+

Fecha de Nacimiento 29/06/1997

SENA

REGIONAL NARIÑO

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Guillermo Ceron Portilla

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

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CODIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1SRV 317179
Fecha de Expedición: 26/02/2021 9:31:47 AM
Fecha de vencimiento: 28/03/2021
Fecha de Generación: 26/02/2021 9:30:43 AM

ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
NIT: 899999034 - 1 **CONTRATO:** Invitacion publica No. RN004-2016
DIRECCIÓN: CALLE 22 11E - 05 VIA ORIENTE **TELÉFONOS:** 7304043

PACIENTE:	DIAZ DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CEDULA DE CIUDADANIA
EDAD:	73 ANIOS	**IDENTIFICACIÓN:**	27077477
TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO	**NIVEL:**	NO APLICA
DIRECCIÓN:	CONJUNTO CAMPO VERDE MZ B CS 3	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	26/02/2021 9:30:43 AM	**INGRESO:**	2021-02-26
AUTORIZACIÓN:	207	**EGRESO:**	2021-02-26
DIAGNÓSTICO:	H400 - SOSPECHA DE GLAUCOMA	**PROFESIONAL:**	CLINICA PAREDES

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
950505	BX	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	1	111,480.00	0.00	0.00	111,480.00
951901	BX	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR	2	127,500.00	0.00	0.00	255,000.00
951902	BX	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	2	127,500.00	0.00	0.00	255,000.00

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

TOTAL ÍTEMS: 3
PLAZO: 30 Días
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO** Instrumento **TOTAL GRAVADO** 0.00 **TOTAL IVA** 0.00

SUBTOTAL GENERAL:	621,480.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	621,480.00

SON: Seiscientos VeintiUn mil Cuatrocientos Ochenta pesos m/cte.

Paciente y/o acudiente

Elaboro: ALVARO MAURICIO YAQUENO BOTINA

RES DIAN No.
18764009902097 Vigencia 2021-01-22 a 2022-01-22 AUTORIZ DEL 1SRV 316000 AL 500000
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_ COMPUCONTA SOFTWARE ASESORES SAS NIT 900.274.678-3

0b4061cf43e98df7b96c14bc08f3167e9d3f4538c5e9b6c71580e92c787a850f8613f5f9e4af447c1007479845c8d851

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL ORDEN DE ATENCION	No. 207 LOPE
REGIONAL NARIÑO	CODIGO DEL EMPLEADO	DIA MES AÑO 22/02/2021

TIPO DE SERVICIO	TTO. AMBULATORIO ☐ TTO. ODONTOLOGICO ☐ TTO. HOSPITALARIO ☐	CIRUGIAS ☐ EMERGENCIA ☐	CONSULTA T.O ☐ PARA E.P. ☐ FAMILIAR DE P. ☐	
DOCTOR		**ESPECIALIDAD**	**TELEFONO**	
CLINICA: CLINICA PAREDES		ESTUDIOS		

FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA EN SU CONSULTORIO ☐ CLINICA ☐

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

EL (LOS) SIGUIENTES EXAMENES (ES):

TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR, NERVIO OPTICO AMBOS OJOS
ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPU DE AMBOS OJOS
TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMMENTO ANTERIOR, AMBOS OJOS

OBSERVACIONES: SOSPECHA DE GLAUCOMA

REMITIR EL RESULTADO A:	

DEBE PRESENTARSE EL DIA MES AÑO	DIRECCION	CODIGO	TELEFONO

Dra. Claudia Lucia Revelo J
MEDICO GENERAL
[illegible] 520746
MEDICA ASESORA

COORDINADOR

RECIBI Luis Luis (a)

C.C.No. 98.393.542

NARIÑO

98393542-A



MARGOTH NOHEMY
DÌAZ De ARTEAGA
C.C 27.077.477
RH O+
Fecha de nacimiento 08/05/1947

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SENA

DE CLASE MUNDIAL

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.077.477
DIAZ De ARTEAGA
APELLIDOS
MARGOTH NOHEMY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1947
CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-ABR-1971 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2300100-00158813-F-0027077477-20090608 0012281375A 1 6810005895