Ayudas para la vida
San Carlos Ortopédica

ANTONIO JOSE CASTAÑO SIERRA
NIT 4.423.750-6
Carrera 15 10 47
Tel: (6) 3215068530 - Ext. undefined
Armenia - Colombia
sancarloscomercial@hotmail.com

Factura de venta electrónica crédito
No. FC 2158

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3		
NIT	900.339.410-8	**Teléfono**	(036) 3164770 - Ext. 8308
Dirección	AV. LA VILLA CLL 94	**Ciudad**	Pereira - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	02/04/2024, 08:11
Expedición	02/04/2024, 08:11
Vencimiento	02/05/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	% Desc.	Impto. Cargo	Vr. Total
1	CABESTRILLO ADULTO	1.00	23,285.00	0 %	0 %	23,285.00
2	ORTESIS PIE CAIDO	1.00	142,289.00	0 %	0 %	142,289.00
3	BASTON CANADIENSE	2.00	47,000.00	0 %	0 %	94,000.00

Total Ítems: 3

Total Bruto	259,574.00
Total a Pagar	259,574.00

Valor en Letras:
Doscientos cincuenta y nueve mil quinientos setenta y cuatro pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-05-02 por $ 259,574.00

Observaciones:
ENITH JOHANA RUBIO VERGARA 1.067.900.745
LUZ DARY GOMEZ SANCHEZ 51.930.142
DIANA MILENA LOPERA PINENA 1.007.757.360
Favor consignar en la CUENTA BANCARIA No. 37430251661 Ahorros Bancolombia

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764040138259 aprobado en 20221124 prefijo FC desde el número 1248 al 10000**
Vigencia: 18 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos

Powered by CamScanner

JENTA DE OBRO	N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA (DD/MM/AAAA)	FECHA DE LA ATENCIÓN (DD/MM/AAAA)	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	NOMBRE PROCEDIMIENTO	CODIGO DEL DX	DX CIE 10	VALOR DE LA FACTURA	EDAD	No AUTORIZACION EXPEDIDA POR SANIDAD	FECHA AUTORIZACION EXPEDIDA POR SANIDAD
	2158	2/04/2024	5/03/2024	ENITH JOHANA R	1067900745	OR59	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	S422	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR	$ 23.285,00	33	7108731	5/03/2024
	2158	2/04/2024	11/03/2024	LUZ DARY GOME	51930142	OR135	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 142.289,00	58	7105096	4/03/2024
	2158	2/04/2024	11/03/2024	DIANA MILENA L	1007757360	OR34	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	M255	DOLOR EN ARTICULACION	$ 94.000,00	23	7127264	7/03/2024

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO CONTADOR

CERTIFICA QUE:

La empresa ORTOPEDICA SAN CARLOS DEL QUINDIO, identificada con Nit. 4.423.750-6, se encuentra al día y a paz y salvo y pago oportunamente los aportes al sistema de seguridades sociales y parafiscales de los últimos 6 meses, siendo el último pago realizado correspondiente a salud del mes de abril y pensión del mes de Marzo de 2024.

La empresa ORTOPEDICA SAN CARLOS DEL QUINDIO, no hace a portes al I.C.B.F. ni al SENA porque se encuentra exonerado por la reforma tributaria ley 1607de 2012.



Dado en Armenia a los cuatro (4) días del mes de Abril de dos mil veinticuatro (2024)

Mario Osorio M

MARIO OSORIO MARIN
Contador
C.c. 89.000.323
T.P. 93543-T

4423750

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4423750
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ORTOPEDICA SAN CARLOS DEL QUINDIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 15 10 - 47	TELÉFONO:	7463573
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7921087769		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/02		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		550093711

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 938.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 938.700	$ 0	$ 938.700
230201	230201- PROTECCION	4	$ 1.282.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.282.400	$ 0	$ 1.282.400
230301	230301-PORVENIR	2	$ 472.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 472.000	$ 0	$ 472.000
SUBTOTALES:										$ 2.693.100	$ 0	$ 2.693.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 253.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 253.700	$ 0	$ 0	$ 253.700
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 367.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 367.600	$ 0	$ 0	$ 367.600
SUBTOTALES:													$ 673.300	$ 0	$ 0	$ 673.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 181.500	$ 181.500	$ 0	$ 0	$ 181.500
SUBTOTALES:									$ 181.500	$ 0	$ 0	$ 181.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	7	$ 561.300	$ 0	$ 561.300
CCF11	CCF11-CCF DE CALDAS	1	$ 112.000	$ 0	$ 112.000
SUBTOTALES:			$ 673.300	$ 0	$ 673.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP					DÍAS COT	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE		IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1005093227	CASTAÑO HERRERA ROSA MARIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	05							05-30										25-14 COLPENSIONES	26	$ 1.126.667	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 180.300	EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 1.126.667	$ 45.100	$ 0	$ 45.100	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.126.667	1	$ 5.900	26	$ 1.126.667	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 45.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1008596721	TORRES ANGARITA ANDRES	DEPEND		$ 1.782.000	FIJO			SI																		230201-PROTECCION	30	$ 1.782.000	$ 285.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 285.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.782.000	$ 71.300	$ 0	$ 71.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.782.000	1	$ 43.500	30	$ 1.782.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 71.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1053767281	RESTREPO MONTES SANTIAGO	DEPEND		$ 2.800.000	FIJO			SI																		230201-PROTECCION	30	$ 2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 448.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.800.000	$ 112.000	$ 0	$ 112.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.800.000	1	$ 14.700	30	$ 2.800.000	CCF11-CCF DE CALDAS	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1085668551	ARAUJO TORNER EDMEDER	DEPEND		$ 1.782.000	FIJO			SI																		230201-PROTECCION	30	$ 1.782.000	$ 285.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 285.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.782.000	$ 71.300	$ 0	$ 71.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.782.000	1	$ 43.500	30	$ 1.782.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 71.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1112302426	ESTRADA ALVAREZ SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 208.000	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 25102941	CARDENAS GALEANO SANDRA JANETH	DEPEND		$ 1.650.000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 264.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.650.000	$ 66.000	$ 0	$ 66.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000	1	$ 8.700	30	$ 1.650.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 41960539	LONDOÑO VILLABON NUBIA ESTELLA	DEPEND		$ 1.650.000	FIJO			SI																		230201-PROTECCION	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 264.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.650.000	$ 66.000	$ 0	$ 66.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000	1	$ 8.700	30	$ 1.650.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 75082104	MONTES MANGO ANDRES	DEPEND		$ 4.740.000	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 4.740.000	$ 758.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 758.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 4.740.000	$ 189.600	$ 0	$ 189.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.740.000	1	$ 24.800	30	$ 4.740.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada
soi

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4423750
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ORTOPEDICA SAN CARLOS DEL QUINDIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 15 10 - 47	TELÉFONO:	7463573
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			7921087769	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/04/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				550083711

TOTAL	$ 4.221.200

Planilla Pagada

ach SOi

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

Ayudas para la vida	PROCESO GERENCIAL - GESTIÓN COMERCIAL	Código: PGCO-FR-02
	EMPRESA: ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO	Fecha: 16-JUL-2021
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Versión 12
		Página 1 de1

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA 05	MES 03	AÑO 24

YO Erith Johana Rubio hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Inmovilizador Muñeca

De acuerdo a la orden médica y/o autorización de servicio.

GARANTÍA: _____

De la misma forma recibo ficha técnica, instrucciones de uso, recomendaciones y condiciones de garantía.

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Johana Rubio Vergara

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1067900745

TELÉFONO: 3186939052

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Policia

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7108731 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 5/3/2024 09:58:29

Información del Prestador

Nombre ANTONIO JOSE CASTAÑO SIERRA
Departamento QUINDIO
Dirección CARRERA 15 NO. 10-47/49
Identificación Prestador 4423750
Municipio ARMENIA
Teléfono 7456830

Información del Paciente

Nombre ENITH JOHANA RUBIO VERGARA
Departamento QUINDIO
Dirección MZ C CS 10
Fecha de Nacimiento 29/5/1991
Identificación Paciente 1067900745
Municipio LA TEBAIDA
Teléfono

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR59	CABESTRILLO ADULTO	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones OR59 CABESTRILLO ADULTO ÓRTESIS ELABORADA EN MATERIAL BLANDO AJUSTADA CON CORREAS EN VELCRO Y REATA. UND $ 23.285 S422 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200114-23.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre CINDY NATALIA VILLA TAPIAS
Registro Médico 1015406192
Cargo MEDICO GENERAL
Teléfono

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

about:blank

Powered by CamScanner

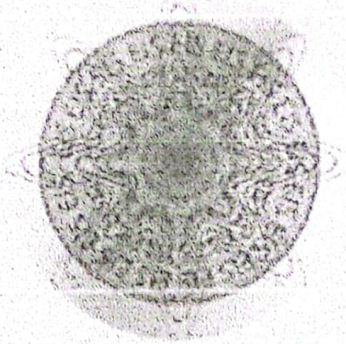
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.067.900.745



APELLIDOS / NOMBRES
RUBIO VERGARA
ENITH JOHANA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
29-MAY-1991
MONTERIA - CORDOBA

FECHA DE EXPEDICIÓN
30-JUN-2009

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
LA TEBAIDA - LA TEBAIDA

OFICINA DE ENTREGA
LA TEBAIDA - LA TEBAIDA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 04-OCT-2023

8507821347
04-ABR-2023

Powered by CamScanner

Código : 2AR-FR-0011
Fecha: 21-11-2019
Version: 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

Citas Medicas ArmeniaTel:
(606) 7368926

VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS

ARMENIA 4/03/2024

FECHA DE EXPEDICIÓN: **4/03/2024** FECHA DE VENCIMIENTO: **2/06/2024**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR (A) **PT** **RUBIO VERGARA ENITH JOHANA** identificado (a) con **CC** **1067900745** Laborando
ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A :

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

Subintendente MARIA ANGELICA NIETO SALAZAR
Responsable Validacion derechos

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO
SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

4/03/2024 8:13:49 p. m.

Nº Historia Clínica: 1067900745

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ENITH JOHANA RUBIO VERGARA **Identificación:** 1067900745 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 29/mayo/1991 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: MZ C CASA 10 LOS SAUCES TEBAIDA QUINDIO **Teléfono:** 3186939052
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 20** **04/03/2024 20:13:49**

Responsable: PEDRO GALLEGO **Teléfono Resp:** 3186939052
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2504112 **Fecha:** 04/03/2024 12:45:29
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

PACIENTE QUIEN EL DIA D EHOY CAE DESDE SU ALTURA Y SUBRE TRAUMATISMO SOBRE HOMBRO IZQUIERDO CONSULTA POR DOLOR Y LIMITACION A LA MVOILIDAD

Análisis Objetivo:

PACIENTE ALERTA ORIENTADA SIN DISNEA, NO SIGNOS DE TEB EN COMPAÑIA DE ESPOSO, PRESENTA DOLOR LEVE EDEMA A NIVEL DE HOMBRO IZQUIERDO, TRAE CABESTRILLO, BUENA MOVILDIAD, BUEN LLENADO CAPILAR

RX: FRACTURA SUBCAPITAL HUMERO IZQUIERDO IMPACTADA SIN DESPLAZAMIENTO.

Tratamiento:

SALIDA
UTILIZAR INMOVILIZADOR DE HOMBRO TALLA M.
RETIRARLO CADA DIA PRA BALÑO Y ASEO NOELEVEAR BRAZO IZQUIERDO
CITA DE ORTOPEDIA EN 20 DIAS EN CONSULTA EXTERNA
INCAPACIADA MEDICA POR 30 DIAS A PARTIR DE HOY
NAPROXENO TABLETAS DE 250 MG, TOMAR 1CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN TABLETAS DE 500 MG, TOMAR 1 CADA 8 HORAS
RADIOGRAFIA AP DE HOMBRO IZQUIERDO 2 DIAS ANTES DE LA CITA ORTOPEDIA

Respuesta:

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SE INDICA EGRESO MEDICO , SE DA TRATAMIENTO ORTOPEDICO NO QUIRURGICO, CON ESTE TIENE MUY BUENA POSIBILIDAD DE UNION DE FRECTURA CON EL USO DE INMOVILIZADOR DE HOMBRO, INDICACION DE CIRUGIA ES OPCIONAL, SE DECIDE TRATAMIENTO ORTOPEDICO, ESTE TIPO DE LESION TRAUAMTICA PUEDE DEJAR SECUELAS PARA MOVILIDAD Y FUNCION EN HOMBRO IZQUIEROD Y LESIONES OCULTAS DE MANGUITOROTADOR.

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Definitivo	S422	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO

Profesional: CARVAJAL IRIARTE RUBEN DARIO
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M: 1907186

Powered by CamScanner

	PROCESO GERENCIAL - GESTIÓN COMERCIAL	Código: PGCO-FR-02
	EMPRESA: ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO	Fecha: 16-JUL-2021
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Versión 12
		Página 1 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DÍA	MES	AÑO
	11	03	2024

YO Luz Dary Gomez Sanchez hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Ortesis OTP

De acuerdo a la orden médica y/o autorización de servicio.

GARANTÍA: 2 meses

De la misma forma recibo Ficha técnica, instrucciones de uso, recomendaciones y condiciones de garantía.

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Luz Dary Gómez S.

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 51930142

TELÉFONO: 3165304500

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Policia

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7105093 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 4/3/2024 17:08:05

Información del Prestador

Nombre	ANTONIO JOSE CASTAÑO SIERRA	**Identificación Prestador**	4423750
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CARRERA 15 NO. 10-47/49	**Teléfono**	7456830

Información del Paciente

Nombre	LUZ DARY GOMEZ SANCHEZ	**Identificación Paciente**	51930142
Departamento	VALLE DEL CAUCA	**Municipio**	SEVILLA
Dirección	CARRERA 47 Nº 45-24 CEL 3165304500	**Teléfono**	922190736
Fecha de Nacimiento	9/6/1966		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR135	FERULA PIE CAIDO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones OR135 FERULA PIE CAIDO -- OR135 FERULA PARA PIE CAIDO ELABORADA EN MATERIAL TERMOPLÁSTICO SEGÚN MEDIDAS INDIVIDUALES, FORRADA. CORREAS EN VELCRO, BORDES Y PROTECTORES. UND $ 203.693 ORTESIS PIE CAIDO TIPO OTP MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON TOBILLO A 90

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200114-23.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CINDY NATALIA VILLA TAPIAS
Registro Médico	1015406192
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Powered by CamScanner

NEUROIMAGENES S.A.
SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
NIT. 801.000.060 – 8
CALLE 3 Norte No. 16-17 B/ NUEVA CECILIA Tel.7362592 Armenia Q.
Correos electrónicos: programacion@neuroimagenes.com /// citas@neuroimagenes.com

Código de Validación

Reporte Servicios Solicitados

PACIENTE

Nombre: LUZ DARY GOMEZ SANCHEZ
Género: FEMENINO
Identificación - Propiedad: PROPIA
Estado Civil: CASADO(A)
Ocupació AMA DE CASA
Fecha de Nacimiento: jueves, 09 junio de 1966
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Número: 51930142
Edad: 57 Año(s) 8 Mes(es) 10 Día(s)
Teléfono(s): 3165304500:3136207393
Correo(s) Electrónico(s): .
Dirección de Residencia: Calle 47 NO 45 20 SEVILLA VALLE - SEVILLA
Entidad Aseguradora: POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3
Entidad Pagadora: .
Plan: NO APLICA
Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO
Tipo de Usuario: ESPECIALES O EXCEPCIÓN DE BENEFICIARIO

ATENCIÓN

Fecha	Sede
sábado, 17 de febrero del 2024 a las 11:31	NEUROIMAGENES S.A. - ARMENIA (QUINDIO) - NISA CREDITO DR

DIAGNÓSTICO(S)

Código	Nombre	Ubicación	Estadificación
M541	RADICULOPATIA	.	.

SERVICIO(S)

No	Nombre	Código	Cantidad
1	Ortesis de Pie Caido (PBS) **Observaciones:** ORTESIS TIPO OTP MIMEBRO INFERIOR DERECHO CON TOBILLO A 90°	CUPS: ...	1
2	Ortesis Miembro Inferior (PBS) **Observaciones:** PLANTILLA PARA COMPENSACION DE ALTURA PARA MIMEBRO INFERIOR IZQUIERDO (COMPENSAR SEGUN ALTURA DE ORTESIS OTP)	CUPS: ..	1
3	Control Por Fisiatria (PBS) **Observaciones:** CONTROL POSTERIOR A MENJO QUIURGIC	CUPS: 890364	1

JOHAN FERNANDO CANTOR GONZALEZ
C.C 1113784243 REG:RETHUS 21/11/2014
FISIATRA

SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMAGENES DIAGNOSTICAS NEUROIMAGENES S.A. NIT. 801.000.060-8

Powered by CamScanner

NEUROIMAGENES S.A.
SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
NIT. 801.000.060 - 8
CALLE 3 Norte No. 16-17 B/ NUEVA CECILIA Tel.7362592 Armenia Q.
Correos electrónicos: programacion@neuroimagenes.com /// citas@neuroimagenes.com

Código de Validación

HISTORIA CLINICA

PACIENTE

Nombre: LUZ DARY GOMEZ SANCHEZ
Género: FEMENINO
Fecha de Nacimiento: jueves, 09 junio de 1966
Número: 51930142
Identificación - Propiedad: PROPIA
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Edad: 57 Año(s) 8 Mes(es) 10 Dia(s)
Estado Civil: CASADO(A)
Teléfono(s): 3165304500:3136207393
Ocupació AMA DE CASA
Correo(s) Electrónico(s): .
Dirección de Residencia: Calle 47 NO 45 20 SEVILLA VALLE - SEVILLA
Entidad Aseguradora: POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3
Entidad Pagadora: .
Plan: NO APLICA
Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO
Tipo de Usuario: ESPECIALES O EXCEPCIÓN DE BENEFICIARIO

ATENCIÓN

Fecha	Sede
sábado, 17 de febrero del 2024 a las 11:31	NEUROIMAGENES S.A. - ARMENIA (QUINDIO) - NISA CREDITO DR

MEDIDAS

Peso	Talla	Indice de Superficie Corporal	Indice de Masa Corporal

DIAGNÓSTICO(S)

Código	Nombre	Ubicación	Estadificación
M541	RADICULOPATIA	.	.

NOTA DE FISIATRIA

Consultas

LUZ GOMEZ
57 AÑOS
PROCEENCIA: SEVILLA
EPS: PONAL

PACIENTE DE 57 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE DOLOR LUMBAR CRONICO, ASOCIADO DESDE HACE MAS DE 1 AÑO CON PIE CAIDO DERECHO. TIENE: CAMBIOS ESPONDILOSICOS Y ARTROSICOS DEGENERACION DISCAL MULTIPLE PHIRMANN IV, PROTRUSION POSTEROCENTRAL QUE CONTACTA EL SACO DURAL Y COMPRIME LAS RAICES NERVIOSAS A NIVEL DE L3-L4, PROTRUSION POSTEROCENTRAL QUE CONTACTA EL SACO DURAL Y PRODUCEN COMPRESION DE LAS RAICES NERVIOSAS A NIVEL DE L4-L5 CONDICIONANDO CANAL LUMBAR ESTRECHO, HIPERTROFIA LIGAMENTOS AMARILLOS, ANTEROLISTESIS GRADO I DE MEYERDING DE L4 SOBRE L5.

PACIENTE EN APARENTES BUENAS O CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
TORAX: RUIODS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES, NO SOPLOS, MV CONSERVADO, NO AGREGADOS
ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS
EXT: MÓVILES, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR, MENOR A 3 SEGUNDOS
LASEGUE Y BRAGARD NEGATIVOS
PIE CAIDO IZQUIERDO, ATROFIA DEL TIBIAL ANTERIOR, EXTENSOR CORTO DE LOS DEDOS
ROT: ++, SIN REFLEJOS PATOLÓGICOS
FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA

PACIENTE DE 57 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE DOLOR LUMBAR CRONICO, ASOCIADO DESDE HACE MAS DE 1 AÑO CON PIE CAIDO DERECHO. TIENE: CAMBIOS ESPONDILOSICOS Y ARTROSICOS DEGENERACION DISCAL MULTIPLE PHIRMANN IV, PROTRUSION POSTEROCENTRAL QUE CONTACTA EL SACO DURAL Y COMPRIME LAS RAICES NERVIOSAS A NIVEL DE L3-L4, PROTRUSION POSTEROCENTRAL QUE CONTACTA EL SACO DURAL Y PRODUCEN COMPRESION DE LAS RAICES NERVIOSAS A NIVEL DE L4-L5 CONDICIONANDO CANAL LUMBAR ESTRECHO, HIPERTROFIA LIGAMENTOS AMARILLOS, ANTEROLISTESIS GRADO I DE MEYERDING DE L4 SOBRE L5.AL EXAMEN FISICO CON PIE CAIDO DERECHO Y ATRIFIA MUSCULAR DE MIOTOMAS L4 Y L5. CONSIDERO SE DEBE REPETIR ESTUDIO ELECTROMIOGRAFICO DE MIEMBROS INFERIORES + EMG DE PARAESPINALES L4 Y L5 Y SE REALIZA EN ESTA INSTITUCIÓN DONDE SE EVIDENCIA SIGNOS DE DENERVACIÓN ACTIVA QUE SUGIERE RADICULOPATÍA L4 DERECHA. YA TIENE INDICACION DE DESCOMPRESION POR PARTE DE NEUROCIRUGIA. TIENE PENDIENTE CONTINUAR TERAPIAS. POR EL MOMENTO SOLITO NUEVA ORTESIS OTP PARA MIMEBRO INFERIOR DERECHO, LA ACTUAL SE ENCUNTRA DAÑADA. CONSIDERO NECESARIO COMPNESACION DE ALTURA DE LADO IZQUIERDO PARA COMPENSAR ATURA GENERADA POR ORTESIS OTP.

1. TERAPIA FISICA (YA EN PROCESO):

Powered by CamScanner

NEUROIMAGENES S.A.
SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
NIT. 801.000.060 - 8
CALLE 3 Norte No. 16-17 B/ NUEVA CECILIA Tel.7362592 Armenia Q.
Correos electrónicos: programacion@neuroimagenes.com /// citas@neuroimagenes.com

Código de Validación

HISTORIA CLINICA

PACIENTE

Nombre: LUZ DARY GOMEZ SANCHEZ
Género: FEMENINO **Fecha de Nacimiento:** jueves, 09 junio de 1966 **Número:** 51930142
Identificación - Propiedad: PROPIA **Tipo:** CEDULA DE CIUDADANIA **Edad:** 57 Año(s) 8 Mes(es) 10 Dia(s)
Estado Civil: CASADO(A) **Teléfono(s):** 3165304500:3136207393
Ocupació AMA DE CASA
Correo(s) Electrónico(s): .
Dirección de Residencia: Calle 47 NO 45 20 SEVILLA VALLE - SEVILLA
Entidad Aseguradora: POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3
Entidad Pagadora: .
Plan: NO APLICA **Tipo de Afiliado:** BENEFICIARIO **Tipo de Usuario:** ESPECIALES O EXCEPCIÓN DE BENEFICIARIO

NOTA DE FISIATRIA

GANANCIA PROGRESIVA DE DORSIFLEXIÓN PIE DERECHO, ESTABILIZACION DE RODILLA CON FORTALECIMIENTO DE CUADRICEPS
2. ORTESIS TIPO OTP MIMEBRO INFERIOR DERECHO CON TOBILLO A 90°
3. PLANTILLA PARA COMPENSACION DE ALTURA PARA MIMEBRO INFERIOR IZQUIERDO (COMPENSAR SEGUN ALTURA DE ORTESIS OTP)
4. CONTROL POSTERIOR A MENJO QUIURGICO

JOHAN FERNANDO CANTOR GONZALEZ
C.C 1113784243 REG:RETHUS 21/11/2014
FISIATRA

SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMAGENES DIAGNOSTICAS NEUROIMAGENES S.A. NIT. 801.000.060-8

Powered by CamScanner

09-JUN-1966
Fecha de nacimiento

304101383
Numero de carné

A +
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO





FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1966
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

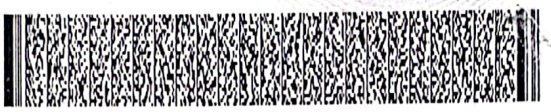
A+
G.S. RH

F
SEXO

13-MAR-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO



A-2908200-63143641-F-0051930142-20060515 07722061328 02 193701126

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC51930142
Documento de Identificación

CASUR

GOMEZ SANCHEZ
Apellidos

LUZ DARY
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

CC12233995
Titular

AGENTE (R)
Categoria del Titular



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.930.142
NUMERO

GOMEZ SANCHEZ
APELLIDOS

LUZ DARY
NOMBRES

Luz Dary Gómez S.
FIRMA



Powered by CamScanner

Ayudas para la vida	PROCESO GERENCIAL - GESTIÓN COMERCIAL	Código: PGCO-FR-02
	EMPRESA: ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO	Fecha: 16-JUL-2021
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Versión 12
		Página 1 de1

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA 11	MES 03	AÑO 21	

YO Diana Milena Lopera hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Bastón Canadiense

De acuerdo a la orden médica y/o autorización de servicio.

GARANTÍA: _____

De la misma forma recibo ficha técnica, instrucciones de uso, recomendaciones y condiciones de garantía.

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Diana Milena Lopera Lancheros

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: CC. 1.007.797.360

TELÉFONO: 3557500875 - 3206415847.

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Policía

Powered by CamScanner

Código de Validación

NEUROIMAGENES S.A.
SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
NIT. 901.000.060 - 8
CALLE 3 Norte No. 16-17 B/ NUEVA CECILIA Tel.7362592 Armenia Q.
Correos electrónicos: programacion@neuroimagenes.com /// citas@neuroimagenes.com

Reporte Servicios Solicitados

PACIENTE

Nombre: DIANA MILENA LOPERA PINEDA
Género: FEMENINO
Identificación - Propiedad: PROPIA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Ocupació NO APLICA
Fecha de Nacimiento: sábado, 27 enero de 2001
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Número: 1007757360
Edad: 22 Año(s) 11 Mes(es) 29 Dia(s)
Teléfono(s): 3155759875 3206415847
Correo(s) Electrónico(s): .
Dirección de Residencia: CRA 21A # 8-36 LAS 60 CASAS - ARMENIA
Entidad Aseguradora: POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3
Entidad Pagadora: .
Plan: NO APLICA
Tipo de Afiliado: COTIZANTE
Tipo de Usuario: ESPECIALES O EXCEPCIÓN DE COTIZANTE

ATENCIÓN

Fecha	Sede
jueves, 25 de enero del 2024 a las 10:24	NEUROIMAGENES S.A. - ARMENIA (QUINDIO) - NISA CREDITO DR

DIAGNÓSTICO(S)

Código	Nombre	Ubicación	Estadificación
M255	DOLOR EN ARTICULACION	DERECHO	.

SERVICIO(S)

No	Nombre	Código	Cantidad
1	Resonancia Nuclear Magnetica de Articulacion de Miembro Inferior (Cadera, Rodilla, Pie y/o Cuello de Pie (PBS) **Observaciones:** RODILLA DERECHA	CUPS: 883522	1
2	Muletas (PBS) **Observaciones:** MULETAS CANADIENSES REQUIERE CAMBIO A MULETAS CANADIENSES OBJETIVO PROTECCION PLEJO BRAQUIAL) EL TIEMPO ES INCIERTO , PATOLOGIA CRONICA, Y REQUIERE NUEVA VALORACION POR ESPECIALISTA	CUPS: 900002	2
3	Consulta por Fisiatria (PBS) **Observaciones:** POSTERIOR AL CONCEPTO DE ORTOPEDIA CON RMN RODILLA DERECHA	CUPS: 390364	1
4	Consulta Por Ortopedia (PBS) **Observaciones:** CON RMN RODILLA DERECHA, PARA EL CONCEPTO	CUPS: 890280	1

PATRICIA GUTIERREZ RAMIREZ .
C.C 25278587 REG:765205
FISIATRA

JOHAN FERNANDO CANTOR GONZALEZ
C.C 1113784243 REG:RETHUS 21/11/2014
FISIATRA

SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS NEUROIMAGENES S.A. NIT. 901.000.060-8

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7127264 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 7/3/2024 11:12:49

Información del Prestador

Nombre	ANTONIO JOSE CASTAÑO SIERRA	**Identificación Prestador**	4423750
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CARRERA 15 NO. 10-47/49	**Teléfono**	7456830

Información del Paciente

Nombre	DIANA MILENA LOPERA PINEDA	**Identificación Paciente**	1007757360
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CRA 21A # 8-36 B/SESENTA CASAS	**Teléfono**	42799400
Fecha de Nacimiento	27/1/2001		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR34	BASTON CANADIENSE EN ALUMINIO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones OR34 BASTON CANADIENSE EN ALUMINIO -- OR34 MULETA CANADIENSE CON BRAZALETE DOS (CANTIDAD 2) VALOR 94.000 M255 - DOLOR EN ARTICULACION

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200114-23.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CINDY NATALIA VILLA TAPIAS
Registro Médico	1015406192
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.757.360**
LOPERA PINEDA

APELLIDOS
DIANA MILENA

NOMBRES

Diana Milena Lopera Pineda

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-2001**
CAICEDONIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

29-ENE-2019 CAICEDONIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-3102800-01072094-F-1007757360-20190410 0065209627A 2 51966874

Powered by CamScanner

Página 1 de 1
Código : 2AR-FR-0011
Fecha: 21-11-2019
Versión: 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

Citas Medicas ArmeniaTel:
(606) 7368926

VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS

ARMENIA 23/11/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN: **23/11/2023** FECHA DE VENCIMIENTO: **22/03/2024**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR (A) **PT** **LOPERA PINEDA DIANA MILENA** identificado (a) con **CC** **1007757360** Incapacidad Total

ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A :

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

SI JOHN MAURICIO SAAVEDRA LOPEZ
Responsable Validacion derechos

Powered by CamScanner