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 2332

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	05/07/2024, 10:57
Expedición	05/07/2024, 10:57
Vencimiento	04/08/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	% Desc.	Impto. Cargo	Vr. Total
1	MEDIAS DE COMPRESION	1.00	74,110.92	0 %	19 %	88,192.00
2	FERULA METACARPIANA	2.00	25,000.00	0 %	0 %	50,000.00
3	MEDIAS DE COMPRESION	1.00	67,057.98	0 %	19 %	79,799.00
4	PLANTILLAS ORTOPEDICAS SEGUN FORMULA MEDICA	1.00	58,499.00	0 %	0 %	58,499.00
5	PLANTILLAS ORTOPEDICAS SEGUN FORMULA MEDICA	1.00	58,499.00	0 %	0 %	58,499.00
6	MEDIAS DE COMPRESION SEGUN FORMULA MEDICA	1.00	127,734.45	0 %	19 %	152,004.00
7	INMOVILIZADOR PULGAR	1.00	22,000.00	0 %	0 %	22,000.00
8	TALONERA SEGUN FORMULA MEDICA	1.00	49,378.15	0 %	19 %	58,760.00
9	PLANTILLAS ORTOPEDICAS	1.00	141,539.00	0 %	0 %	141,539.00
10	CALZADO ORTOPEDICO SEGUN FORMULA MEDICA	1.00	375,005.00	0 %	0 %	375,005.00
11	FERULA DE MILGRAM	1.00	186,267.00	0 %	0 %	186,267.00
12	MEDIAS DE COMPRESION SEGUN FORMULA MEDICA	3.00	74,110.92	0 %	19 %	264,576.00
13	FERULA PARA PIE CAIDO	2.00	244,134.00	0 %	0 %	488,268.00
14	PLANTILLAS ORTOPEDICAS SEGUN FORMULA MEDICA	1.00	58,499.00	0 %	0 %	58,499.00
15	BRACE RODILLA CON ARTICULACION	1.00	412,027.00	0 %	0 %	412,027.00
16	COJIN ABDUCTOR	1.00	101,872.27	0 %	19 %	121,228.00
17	CAMINADOR DOBLE FUNCIÓN KP COLOR GRIS	1.00	140,000.00	0 %	0 %	140,000.00
18	MEDIAS ANTIEMBOLICAS	1.00	63,865.55	0 %	19 %	76,000.00
19	MEDIAS DE COMPRESION	1.00	127,734.45	0 %	19 %	152,004.00
20	FERULA TUNEL CARPIANO	2.00	25,000.00	0 %	0 %	50,000.00

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

Powered by CamScanner

Total Items: 20

Total Bruto	2,874,689.54
IVA 19%	158,476.46
Total a Pagar	3,033,166.00

Valor en Letras:
Tres millones treinta y tres mil ciento sesenta y seis pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-08-04 por $ 3,033,166.00

Observaciones:
Sandra Lorena Vasquez 34321361
Erika Andrea Diaz Palma 41958703
Ana Emelia Golzalez G. 28816794
Sara Camila Rios Sanchez 1094053549
Celeste Zapata Colorado 1030102337
Luz Marina Gutierrez Gil 41904314
Daniel Santiago Rodriguez 1094943807
Blanca Ligia Ramos 41903461
Jhonatan Rodrigo Cardona 1054551694
Gloria Eugenia Herrera Ruiz 30302529
Maximiliano Herrera Saldarriaga 1246698264
Carlos Hernando Palacio 18501030
Samuel Lerma Aguirre 1092860511
Juan Jose Beltran 1070396581
Samuel Chore Quiñonez 1092457863
Orfa Nelly Torres Ospina 24481809
Dora Ines Contreras Lopez 43282046
Yolanda Barragan De Lucuara 24473795
Favor consignar en la CUENTA BANCARIA No. 37430251661 Ahorros Bancolombia

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 Electrónica 18764071346689 aprobado en 20240524 prefijo FC desde el número 2298 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 especializados Tarifa 5*1000
CUFE: cae971ef4c5ce25529e42b940521bf1efb1ba833f3ebb947e6fdd57f0644bea26c652d61d8019060500160ea6adf86dd

Powered by CamScanner

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
2332	5/07/2024	7/06/2024	SANDRA LORENA VASQUEZ	34321361	OR478	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 88.191,00	41	7550385	15/05/2024
2332	5/07/2024	7/06/2024	ERIKA ANDREA DIAZ PALMA	41958703	OR128	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 50.000,00	40	7554391	16/05/2024
2332	5/07/2024	7/06/2024	ANA AMELIA GONZALEZ GONZALEZ	28816794	MQ827	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	1872	INSUFICIENCIA VENOSA	$ 79.799,00	61	7685030	4/06/2024
2332	5/07/2024	7/06/2024	SARA CAMILA RIOS SANCHEZ	1094053549	OR240	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	M201	HALLUX VALGUS	$ 58.499,00	15	7555779	16/05/2024
2332	5/07/2024	8/06/2024	CELESTE ZAPATA COLORADO	1030102337	OR240	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	Q665	PIE PLANO CONGENITO	$ 58.499,00	6	7605224	23/05/2024
2332	5/07/2024	13/06/2024	LUZ MARINA GUTIERREZ GIL	41904314	MQ827	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	1839	VENAS VARICOSAS	$ 152.004,00	63	7595060	22/05/2024
2332	5/07/2024	17/06/2024	DANIEL SANTIAGO RODRIGUEZ VALI	1094943807	OR118	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 22.000,00	30	7762119	15/06/2024
2332	5/07/2024	17/06/2024	BLANCA LIGIA RAMOS OSORIO	41903461	OR244	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 58.761,00	61	7767566	17/06/2024
2332	5/07/2024	17/06/2024	JHONATAN RODRIGO CARDONA	1054551694	OR553	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	Q665	PIE PLANO CONGENITO	$ 141.539,00	16	7610080	23/05/2024
2332	5/07/2024	19/06/2024	GLORIA EUGENIA HERRERA RUIZ	30302529	OR363	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 375.005,00	57	7551699	15/05/2024
2332	5/07/2024	19/06/2024	MAXILIMILIANO HERRERA SALDARR	1246698264	OR122	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	Q656	CADERA INESTABLE	$ 186.267,00	1	7751681	14/06/2024
2332	5/07/2024	19/06/2024	SAMUEL CHORE QUIÑONEZ	1092457863	OR49	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA	$ 412.027,00	17	7563146	17/05/2024
2332	5/07/2024	24/06/2024	CARLOS HERNANDO PALACIO	18501030	OR478	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 264.576,00	65	7799176	20/06/2024
2332	5/07/2024	24/06/2024	SAMUEL LERMA AGUIRRE	1092860511	OR135	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA	$ 488.268,00	8	7597723	22/05/2024
2332	5/07/2024	25/06/2024	JUAN JOSE BELTRAN	1070396581	OR240	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	Q665	PIE PLANO CONGENITO	$ 58.499,00	11	7758890	14/06/2024
2332	5/07/2024	4/07/2024	ORFA NELLY TORRES OSPINA	24481809	OR64	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	M169	COXARTROSIS NO ESPECIFICADA	$ 140.000,00	79	7819538	24/07/2024

Powered by CamScanner

2332	5/07/2024	4/07/2024	ORFA NELLY TORRES OSPINA	24481809	OR504	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	M169	COXARTROSIS NO ESPECIFICADA	$ 76.000,00	79	7819538	24/07/2024
2332	5/07/2024	4/07/2024	ORFA NELLY TORRES OSPINA	24481809	OR113	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	M169	COXARTROSIS NO ESPECIFICADA	$ 121.228,00	79	7819538	24/07/2024
2332	5/07/2024	4/07/2024	DORA INES CONTRERAS LOPEZ	43282046	MQ827	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS	1872	INSUFICIENCIA VENOSA	$ 152.004,00	57	7854260	28/06/2024
2332	5/07/2024	4/07/2024	YOLANDA BARRAGAN DE LUCUARA	24473795	OR128	SUMINISTROS ELEMENTOS ORTESICOS			$ 50.000,00	76	7556353	16/05/2024

Powered by CamScanner

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN		NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
I SOCIAL			
		ARMENIA	DEPARTAMENTO
		CRA 15 10 - 47	TELÉFONO
		01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE
		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA
		ÚNICO	
NTACIÓN			
ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

	4423750
ORTOPEDICA SAN CARLOS DEL QUINDIO	QUINDIO
	7463573
	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	
	SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			1	29696845	TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	892795158

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	2	$ 966.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 966.400	$ 0	$ 966.400
230201- PROTECCION	4	$ 1.282.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.282.400	$ 0	$ 1.282.400
230301-PORVENIR	2	$ 472.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 472.000	$ 0	$ 472.000
									$ 2.720.800	$ 0	$ 2.720.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	CC ANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.			$ 0		$ 0		$ 0	$ 260.600		$ 0	$ 0	$ 260.600	$ 0	$ 0	$ 260.600
EPS018-S.O.S.			$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000		$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			$ 0		$ 0		$ 0	$ 367.600		$ 0	$ 0	$ 367.600	$ 0	$ 0	$ 367.600
												$ 680.200	$ 0	$ 0	$ 680.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	6		$ 0	$ 0			$ 179.300	$ 179.300	$ 0	$ 0	$ 179.300
								$ 179.300	$ 0	$ 0	$ 179.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

INISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF11-CCF DE CALDAS	1	$ 112.000	$ 0	$ 112.000
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	7	$ 568.200	$ 0	$ 568.200
		$ 680.200	$ 0	$ 680.200

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: APORTES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: (VOLUNTARIAS EXTRALEGALES)	REFORMA TRIBUTARIA	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	IRL	LMA	VAC	AVP	VCT	...
...NAC...	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
...ES ...ITA ...ES	DEPEND		$ 1.782.000	FIJO		SI																	
...TIERO ...TES ...TAGO	DEPEND		$ 2.800.000	FIJO		SI																	
...DO ...ES ...DER	DEPEND		$ 1.782.000	FIJO		SI																	
...CIA ...REZ ...STIAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
...CIA ...REZ ...STIAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI													01-03				
...NAS ...NO ...	DEPEND		$ 1.650.000	FIJO		SI																	
...	DEPEND		$ 1.650.000	FIJO		SI																	
	DEPEND		$ 4.740.000	FIJO		SI																	

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
...14 ...L PENSI ...ES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 5...	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800
...0201- ...OTECCI ...	30	$ 1.782.000	$ 285.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 285.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.782.000	$ 7...	$ 0	$ 71.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.782.000	1	$ 43.500
...0201- ...OTECCI ...	30	$ 2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 448.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.800.000	$ 11...	$ 0	$ 112.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.800.000	1	$ 14.700
...0201- ...OTECCI ...	30	$ 1.782.000	$ 285.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 285.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.782.000	$ 7...	$ 0	$ 71.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.782.000	1	$ 43.500
...0301- ...RVENIR ...	27	$ 1.170.000	$ 187.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 187.200	EPS018-S.O.S.	27	$ 1.170.000	$ 4...	$ 0	$ 46.800	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.170.000	1	$ 28.600
...0301- ...RVENIR ...	3	$ 130.000	$ 20.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 20.800	EPS018-S.O.S.	3	$ 130.000	$ 1...	$ 0	$ 5.200	14-11 - ARL SURA	3	$ 130.000	1	$ 0
...0301- ...RVENIR ...	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 264.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.650.000	$ 6...	$ 0	$ 66.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000	1	$ 8.700
...0201- ...OTECCI ...	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 264.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.650.000	$ 6...	$ 0	$ 66.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000	1	$ 8.700
...14 ...L PENSI ...ES	30	$ 4.740.000	$ 758.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 758.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 4.740.000	$ 18...	$ 0	$ 189.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.740.000	1	$ 24.800

PARAFISCALES: CCF ADMIN	CCF IBC	CCF TOTAL APORTE	SENA IBC	SENA TOTAL APORTE	ICBF IBC	ICBF TOTAL APORTE	ESAP IBC	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU IBC	MINEDU TOTAL APORTE
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 1.782.000	$ 71.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF11-CCF DE CALDAS	$ 2.800.000	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 1.782.000	$ 71.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 1.170.000	$ 46.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 130.000	$ 5.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 1.650.000	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 1.650.000	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 4.740.000	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Powered by CamScanner

APORTES

Bancolombi

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
		7929696845	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEA	S
MES	mayo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO		4
		0					
		2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			69279	6

TOTAL	$ 4.260 00

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 salud del mes de Junio 2024 y pensión del mes de Mayo 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 (5) días del mes de Julio de dos mil veinticuatro (2024)

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

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 07	MES 06	AÑO 24	

YO Sandra Lorena Vasquez A. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

1 Medias Compresion segun Formula

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

GARANTÍA: N/A

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Sandra Vásquez.

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 34321361 pop.

TELÉFONO: 3133589177.

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Pulmi.

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7550385 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 15/5/2024 15:49:40

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	SANDRA LORENA VASQUEZ ALVAREZ	**Identificación Paciente**	34321361
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CL 10 23-20	**Teléfono**	67340480
Fecha de Nacimiento	14/1/1983		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR478	MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESION 20/30 MMHG MEDIA PANTALON	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones SE AUTORIZA MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESION 20/30 MMHG MEDIA PANTALON SUJETO AUDITORIA MEDICA, CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	TATIANA RAMIREZ ACEVEDO
Registro Médico	1094915691
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 34321361

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SANDRA LORENA VASQUEZ ALVAREZ — 34321361 — **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 14/enero/1983 **Edad a la fecha del folio:** 41 Años \ 2 Meses \ 25 Días — **Estado Civil:** Soltero

CARRERA 23B N 11A-33 BARRIO GRANADA 3133589177-3102424952 — 3133589177-3102424952

Procedencia: **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO — Especial

Plan Beneficios: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO — EPS

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 35** **09/04/2024 10:30:21**

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2519592 **Fecha:** 09/04/2024 9:41:20

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

HISTORIA CLINICA

CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA

CONSULTA: CONTROL **Escala del Dolor** 1

MOTIVO DE CONSULTA :

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TVP DE VENA SOLEA DERECHA EL 12/12/2023 EN TRATAMIENTO CON RIVAROXABAN 20 MG CADA 24 HORAS. TRAE DUPLEX DEL DIA 22/03/2024 DR MANTILLA NEGATIVO PARA TVP Y SUPERFICIAL. ESTA EN SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA POR SANGRADO UTERINO DESDE HACE DOS MESES.

EXAMEN FISICO:

PULSOS PEDIOS PRESENTES, BUENA TEMPERATURA Y PERFUSION DISTAL. NO SIGNOS DE TVP

REPORTE E INTERPRETACION DE APOYOS DIAGNOSTICOS:

DOPPLER VENOSO MIEMBROS INFERIORES: NEGATIVO PARA TROMBOSIS SUPERFICIAL Y PRFUNDA

CONDUCTA TERAPEUTICA Y RECOMENDACIONES:

MEDIAS DE COMPRESION 20-30 MMHG
SE SOLICITA VALORACION POR HEMATOLOGIA POR NO TIOLOGIA CLARA Y ANTCEDENTE FAMLIARES MULTIPLES DE TVP
SE SOLICITA ECO DOPPLER VENOSO Y CONTROL EN 3 MESES POR CIRUGIA VASCULAR

INDICACIONES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa

ANTECEDENTES

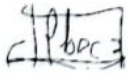
TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Alérgicos	IBUPROFENO

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	I828	I828 - EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS

EXAMENES

CANTIDAD	NOMBRE
1	890340 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR
2	882317 - ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES
1	890251 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA



Profesional: LOPEZ ATEHORTUA JOSE FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA
R.M: 9725414

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 34.321.361
VASQUEZ ALVAREZ

APELLIDOS
SANDRA LORENA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1983
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-MAY-2001 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-2600100-01266792-F-0034321361-20211117 0076496059A 1 9917351375

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



CC34321361
Documento de Identificación

VASQUEZ ALVAREZ
Apellidos

SANDRA LORENA
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

14-ENE-2028
Fecha de Vencimiento

CC9726626
Titular

NIVEL EJECUTIVO
Categoria del Titular



14-ENE-1983
Fecha de nacimiento

388876869
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



Powered by CamScanner

	PROCESO GERENCIAL - GESTION 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:	DIA 07	MES 06	AÑO 21	

YO Gina Andrea Diaz P hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Ferula Metacarpiana 2

GARANTÍA: 2 meses

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Erika andrea Diaz Palma.

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 41 958703.

TELÉFONO: 321 717 9698

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Policia

Powered by CamScanner

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

INDICACIONES

ESPRI ARMENIA

Fecha de Impresión

2024/02/08 09:05:51a.

Paciente : CC 41958703 ERIKA ANDREA DIAZ PALMA **No. Historia** 1958703 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :** A

Fecha de Evolución : 2024/02/08 08:59:12a.m. **Edad :** 40 A?os **Sexo :** Femenino

Ubicación Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

USAR BRACE PARA TUNEL DEL CARPO EN LA NOCHE POR 90 DIAS BILATERAL

RDO GUSTAVO 23/02/24

Dr. Edward Samir Asprilla Gamb.
Ortopedista
Cel.: 313 393 5744

ORDENADO POR

94442284 EDWARD SAMIR ASPRILLA GAMBOA **Firma:**

C:\IPS\Reportes\AtnRP008.rpt

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7554391 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 16/5/2024 09:18:10

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 ERIKA ANDREA DIAZ PALMA
Identificación Paciente 41958703
Departamento QUINDIO
Municipio ARMENIA
Dirección CARRERA 40 A N 42-18
Teléfono
Fecha de Nacimiento 4/1/1984

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR128	FERULA METACARPIANA EN C DINAMICA	2

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones OR128 FERULA METACARPIANA EN C DINAMICA -- OR128 FÉRULA FÉRULA PARA TÚNEL DEL CARPO ACOLCHADA, FABRICADA EN LAMINADO SUAVE COMPATIBLE CON EL VELCRO. SOPORTE CON FÉRULA ANTERIOR QUE MANTIENE LA POSICIÓN FUNCIONAL DE LA MANO $ 25.000 -- BRACE PARA TUNEL DEL CARPO EN LA NOCHE POR 90 DIAS BILATERAL G560 - SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

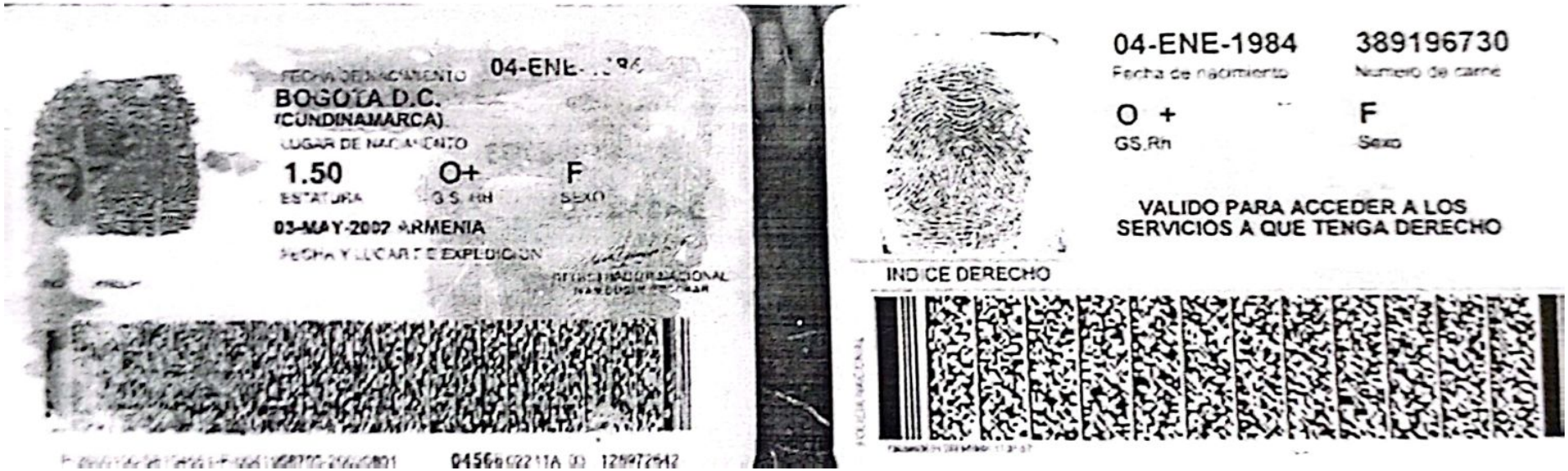
Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

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

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

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

Ayudas para la vida	PROCESO GERENCIAL - GESTION 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:	DIA 07	MES 06	AÑO 2024

YO Ana Emelia Gonzalez. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Medias de compresión. Segun tumul- Medica 1

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

GARANTÍA: N/A

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Yessica Abelina Gonzalez.

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1.097.402.909.

TELÉFONO: 3162484804.

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 7685030 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 4/6/2024 16:54:59

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	ANA EMELIA GONZALEZ GONZALEZ	**Identificación Paciente**	28816794
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	CALARCÁ
Dirección	B. ROBLEDO CRA.29 NO.36-18	**Teléfono**	7432686
Fecha de Nacimiento	16/11/1962		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
MQ827	MEDIAS MEDIANAS COMPRESION 15 A 20 MM	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones PACIENTE CON DX I872 - INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA) A QUIEN LE ORDENAN MQ827 MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA 15-20 MMHG PRESIÓN MEDIAS ELABORADAS EN MICROFIBRA Y ALGODÓN, MEDICAMENTE DISEÑADAS, APARIENCIA COSMÉTICA $ 79.799---CANTIDAD 1 PAR---

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico	41930231
Cargo	MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Nit:800090118 Fecha Actual : martes, 20 febrero 2024
Direccion: Avda. Bolivar Calle 17-Norte TEL: 7493500
Contacto@hospitalquindio.gov.co

FORMULA MEDICA MANEJO EXTERNO

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 28816794 **Nº Folio:** 1 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANA EMELIA GONZALEZ GONZALEZ	**Identificación:**	28816794 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	16/noviembre/1962 **Edad Actual:** 61 Años / 3 Meses / 4 Días	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	CARRERA 29 # 36-18 CALARCA	**Teléfono:**	3162484804
Procedencia:	CALARCA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2498131 **Fecha:** 20/02/2024 12:58:03 p.m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General
Suministros Paciente:		**Cama:**	

Fecha Solicitud 20/02/2024 01:17:04 p.m. **ALMACEN:** 002 **FARMACIA**

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: - MEDIAS DE COMPRESION DE 15- 20 MM HG

Total Ítems: 1

Rdo 21-02-24 Sopl.

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 20/02/2024 01:17:04 p.m.

Profesional: CHOLES PEREZ FRANKLIN ENRIQUE
ESPECIALIDAD: CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA
R.M. 3704-95

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.816.794
GONZALEZ GONZALEZ

APELLIDOS
ANA EMELIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1962
JESUS MARIA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-JUL-1981 LIBANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2501500-00090765-F-0028816794-20081009 0004116892A 1 4800002455

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC28816794 **CASUR**
Documento de Identificación

GONZALEZ GONZALEZ
Apellidos

ANA EMELIA
Nombres

CONYUGE
Parentesco con el titular

PERMANENTE **CC19363515**
Fecha de vencimiento Titular

AGENTE (R)
Grado del Titular



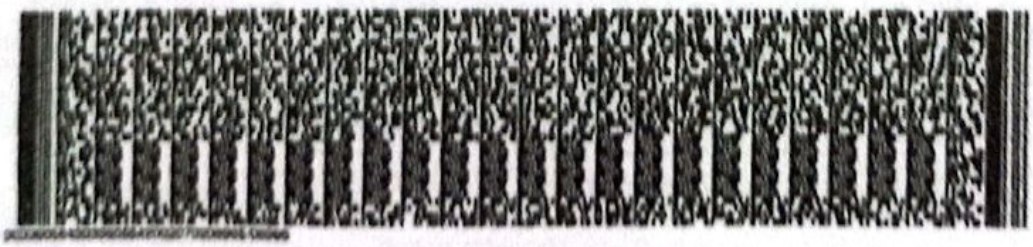


16-NOV-1962 **303360584**
Fecha de nacimiento Número de Carné

O+ **F**
GS. Rh Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO



Powered by CamScanner

Ayudas para la vida	PROCESO GERENCIAL - GESTION 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:	DIA 07	MES 06	AÑO 21	

YO Sara Camila Rios S. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

1 Plantillas Ortopedicas segun Formula

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

GARANTÍA: N/A

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Sara Camila Rios

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1094053549

TELÉFONO: 7326971

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 7555779 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 16/5/2024 10:50:22

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	SARA CAMILA RIOS SANCHEZ	**Identificación Paciente**	1094053549
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CARRERA 13 NO. 46 NORTE - 78 MANZANA 4 CASA 3	**Teléfono**	67326971
Fecha de Nacimiento	18/5/2009		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR240	PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones OR240 PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO -- OR240 PLANTILLA PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO Y/O ESCAFOIDES. SON CONFECCIONADAS CON MOLDES INDIVIDUALIZADOS, RÍGIDOS O SEMI-RÍGIDO SEGÚN PRESCRIPCIÓN. PARA TODO TIPO DE PATOLOGÍAS EN LOS PIES. $ 58.499 -- PLANTILLA ORTOPEDICA ALMOHADILLA ESCAFOIDEA DE 13MM BOTON METATARSIANO CENTRAL DE 5 MM M201 - HALLUX VALGUS (ADQUIRIDO)

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Nit:800000118 Fecha Actual : jueves, 21 marzo 2024

Direccion: Avda. Bolivar Calle 17-Norte TEL: 7493500

Contacto@hospitalquindio.gov.co

FORMULA MEDICA MANEJO EXTERNO

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica:	1094053549	Nº Folio: 41	Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	SARA CAMILA RIOS SANCHEZ	Identificación:	1094053549 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	18/mayo/2009 Edad Actual: 14 Años / 10 Meses / 3 Días	Estado Civil:	Soltero
Dirección:	CARRERA 13 N0 46 NORTE 78 MANZANA 4 CASA 3 AMANECER	Teléfono:	3167529576-3163053819
Procedencia:	ARMENIA	Ocupación:	

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		Teléfono Resp:	
Dirección Resp:		Nº Ingreso:	2512544 Fecha: 21/03/2024 02:34:41 p.m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General
Suministros Paciente:		Cama:	

Fecha Solicitud 21/03/2024 03:19:58 p.m. **ALMACEN:** 002 **FARMACIA**

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación:	CAMBIO DE ACTIVIDADES FISICAS QUE NO INVOLUCREN USO REPETITIVO DE MIEMBROS SUPERIROES POR UN MES
Indicación:	PLANTILLAS ORTOPEDICAS: ALMOHADILLA ESCAFOIDEA DE 13MM, BOTON METATARSIANO CENTRAL DE 5MM

Total Ítems: 2

RDO 22-03-24 Sdtl.

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 21/03/2024 03:19:58 p.m.

Profesional: CUENCA CASTRO JAIME FERNANDO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 1390483

Powered by CamScanner

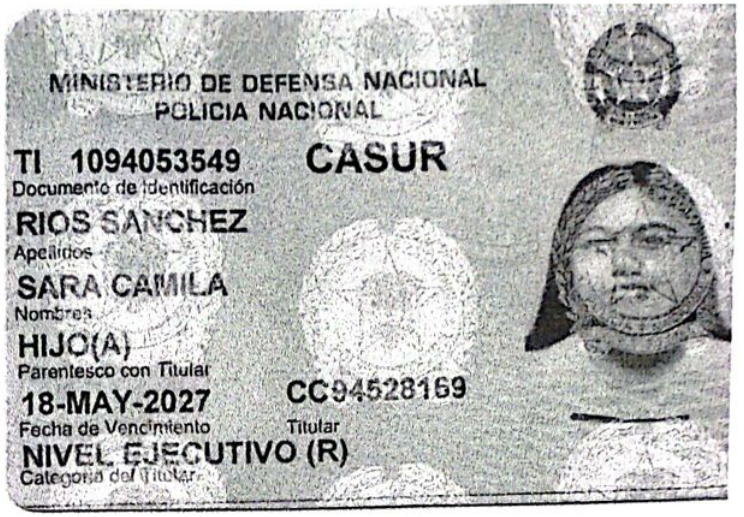

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.094.053.549

RIOS SANCHEZ
APELLIDOS

SARA CAMILA
NOMBRES

FIRMA


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TI 1094053549 CASUR
Documento de Identificación

RIOS SANCHEZ
Apellidos

SARA CAMILA
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

18-MAY-2027 CC94528169
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoría del Titular


FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-2009
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-MAY-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

22-JUN-2016 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1509400-00837752-F-1094053549-20160624 0050253466A 1 1763979889


18-MAY-2009
Fecha de nacimiento

388873641
Numero de camé

O +
GS.Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA 8	MES 06	AÑO 2024

YO Celeste Zapata Colorado. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Plantillas Ortopedicas.)

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 : Liba Maria Colorado V

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1061624451

TELÉFONO: 3124188865

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 7605224 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 23/5/2024 09:42:42

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	CELESTE ZAPATA COLORADO	**Identificación Paciente**	1030102337
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ 2 CS 13	**Teléfono**	0
Fecha de Nacimiento	24/10/2018		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR240	PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones

OR240 PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO -- OR240 PLANTILLA PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO Y/O ESCAFOIDES. SON CONFECCIONADAS CON MOLDES INDIVIDUALIZADOS, RÍGIDOS O SEMI-RÍGIDO SEGÚN PRESCRIPCIÓN. PARA TODO TIPO DE PATOLOGÍAS EN LOS PIES. $ 58.499 -- PLANTILLA CON ALMOHADILLA ESCAFOIDEA 10 MM REFUERZO EN EL ANTEPIE DE 5 MM EN BORDE EXTERNO Q665 - PIE PLANO CONGENITO

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

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

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

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1030102337

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	CELESTE ZAPATA COLORADO			1030102337	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	24/octubre/2018	**Edad a la fecha del folio:**	5 Años \ 6 Meses \ 12 Días	**Estado Civil:**	Soltero
MZ 15 CSA 14		3215115456			3215115456
Procedencia:	**Ocupación:**				

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO	Especial
Plan Beneficios:	PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO	EPS

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 6** **06/05/2024 11:26:58**

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2531852 **Fecha:** 06/05/2024 11:14:58

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

HISTORIA CLINICA

ORTOPEDIA

CONSULTA: 1 VEZ **Escala del Dolor** 0

MOTIVO DE CONSULTA :

ROTACION INTERNA DE PIE IZQUIERDO

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE ROTACION INTERNA DE PIE NIEGA OTRA SSINTOMATOLOGIA

EXAMEN FISICO:

PACIENTE ESTABLE , HIDRATADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , EXTREMIDADES PIE PLANO, MARCHA EN ROTACION INTERNA . PIERNA IZQUIERDA FELXIBLE ARCO Y TALONES EN NEUTRO . ANTERVERSION DE LA CADERA.

REPORTE E INTERPRETACION DE APOYOS DIAGNOSTICOS:

rdo 08-05-24 sofi.

CONDUCTA TERAPEUTICA Y RECOMENDACIONES:

CITA DE CONTROL ORTOPEDIA EN 2 MESES
RADIOGRAFIA DE CADERAS .
RADIOGRAFIA DE PIES COMPARATIVA .
TERAPIA FISICA 10 SESIONES
PLANTILLAS CON ALMOHADILLA ESCAFOIDEA 10 MM REFUERZO EN EL ANTEPIE DE 5 MM EN BORDE EXTERNO

INDICACIONES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa
CITA DE CONTROL ORTOPEDIA EN 2 MESES
RADIOGRAFIA DE CADERAS .
RADIOGRAFIA DE PIES COMPARATIVA .
TERAPIA FISICA 10 SESIONES
PLANTILLAS CON ALMOHADILLA ESCAFOIDEA 10 MM REFUERZO EN EL ANTEPIE DE 5 MM EN BORDE EXTERNO

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	-- PATOLOGICOS: ASMA? -- QUIRURGICOS: NIEGA -- ALERGICOS: NIEGA -- HOSPITALIZACIONES: NIEGA -- INMUNIZACIONES: PAI ACTUALIZADO PARA LA EDAD. 2 DOSIS DE SINOVAC

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	Q665	Q665 - PIE PLANO CONGENITO

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	CANTIDAD
		1

EXAMENES

Powered by CamScanner

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1030102337

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: CELESTE ZAPATA COLORADO — 1030102337 — **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 24/octubre/2018 **Edad a la fecha del folio:** 5 Años \ 6 Meses \ 12 Días — **Estado Civil:** Soltero

MZ 15 CSA 14 — 3215115456 — 3215115456

Procedencia: **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO — Especial

Plan Beneficios: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO — EPS

CANTIDAD	NOMBRE
10	931001 - TERAPIA FISICA INTEGRAL
1	890380 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
1	873303 - RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)
1	873411 - RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)

LGutierrez

Profesional: GUTIERREZ GUEVARA LAURA CRISTINA
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M: 1468/12

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



RC1030102337
Documento de Identificación

ZAPATA COLORADO
Apellidos

CELESTE
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

24-OCT-2025
Fecha de Vencimiento

CC70813408
Titular

NIVEL EJECUTIVO
Categoria del Titular



24-OCT-2018
Fecha de nacimiento

389151304
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP [illegible]

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32784613

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código [illegible]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía [illegible]

Datos del inscrito

Primer Apellido [illegible] Segundo Apellido [illegible]

Nombre(s) [illegible]

Fecha de nacimiento: Año [illegible] Mes [illegible] Día [illegible] | Sexo (en letras) [illegible] | Grupo sanguíneo | Factor RH [illegible]

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) [illegible]

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos [illegible] | Número certificado de nacido vivo [illegible]

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos [illegible]

Documento de identificación (Clase y número) [illegible] | Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CASTAÑO CASTAÑA WILSON ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC 70.813.408 | Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CASTAÑO CASTAÑA WILSON ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC 70.813.408 | Firma [signature]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción

Año 2019 Mes OCT Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GILBERTO [illegible] GARCIA - REGIS

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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 13	MES 06	AÑO 2024

YO Luz Marina Gutierrez. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Medias de compresión. segun formula medica.

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

GARANTÍA: N/A

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Nini Johanna Idarce C.

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 41904374

TELÉFONO: 3218218745 - 3136727723

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Policia.

Powered by CamScanner

FORMATO UNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7595060 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 22/5/2024 09:44:06

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 MARINA GUTIERREZ GIL	**Identificación Paciente**	41904314
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B. EL PARAISO MZ. L CASA 40	**Teléfono**	7462522
Fecha de Nacimiento	14/8/1961		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
MQ827	MEDIAS MEDIANAS COMPRESION 15 A 20 MM	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones MQ827 MEDIAS MEDIANAS COMPRESION 15 A 20 MM MQ287 MEDIAS MEDIAS DE COMPRESIÓN GRADUADA PARA DAMA 15-20 MMHG PRESIÓN MUSLO MEDIAS ELABORADAS EN MICROFIBRA Y ALGODÓN, MEDICAMENTE DISEÑADAS, APARIENCIA COSMÉTICA. $ 152.004-- I839 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Nit:800000118
Fecha Actual : jueves, 02 mayo 2024
Direccion: Avda. Bolivar Calle 17-Norte TEL: 7493500
Contacto@hospitalquindio.gov.co

FORMULA MEDICA MANEJO EXTERNO

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clinica:	41904314	Nº Folio: 34	Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	LUZ MARINA GUTIERREZ GIL	Identificación:	41904314 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	14/agosto/1961 Edad Actual: 62 Años / 8 Meses / 18 Dias	Estado Civil:	Casado
Dirección:	BRR EL PARAISO MZ L CS 40	Teléfono:	3136722723-3148755764
Procedencia:	ARMENIA	Ocupación:	

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		Teléfono Resp:	
Dirección Resp:		Nº Ingreso:	2530111 Fecha: 02/05/2024 08:53:01 a.m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General
Suministros Paciente:		Cama:	

Fecha Solicitud 02/05/2024 09:57:37 a.m. ALMACEN: 002 FARMACIA

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: MEDIAS COMPRESIVAS DURANTE EL DIA 15-20 MMHG

Total Ítems: 1

fdo 02-05-24 07 sohl

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 02/05/2024 09:57:37 a.m.

Profesional: CHOLES PEREZ FRANKLIN ENRIQUE
ESPECIALIDAD: CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA
R.M. 3704-95

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

Powered by CamScanner

MINIS[illegible] DEFENSA [illegible]
POLICIA NACIONAL

CC41904314 CASUR
Documento de identificación

GUTIE[illegible]L
Apellidos

LUZ MARIN
Nombres

CONYUGE
Parentesco con el titular

PERMANENTE CC4426230
Fecha de[illegible] Titular

SUBOFICIAL (R)
Grado



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.904.314
GUTIERREZ GIL

APELLIDOS
LUZ MARINA

FIRMA





14-AGO-1961 303350294
Fecha de nacimiento Número de Cane

A+ F
GS Rh Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO





FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1961
VITERBO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-FEB-1983 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA 17	MES 06	AÑO 2024

YO Daniel Santiago Rodriguez. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Ferula de inmovilización pulgar.

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 :

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1094 943 807

TELÉFONO: 302 312 4713

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Policía

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7762119 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 15/6/2024 14:57:32

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	DANIEL SANTIAGO RODRIGUEZ VALDERRAMA	**Identificación Paciente**	1094943807
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ 71 CASA 6	**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento	18/8/1994		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR118	FERULA DE INMOVILIZACION PULGAR	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones SE AUTORIZA FERULA DE INMOVILIZACION CON ESPIGA AL PULGAR SUJETO AUDITORIA MEDICA, CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	TATIANA RAMIREZ ACEVEDO
Registro Médico	1094915691
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Nit:800000118
Fecha Actual : martes, 11 junio 2024
Direccion: Avda. Bolivar Calle 17-Norte TEL: 7493500
Contacto@hospitalquindio.gov.co

FÓRMULÁ MEDICA MANEJO EXTERNO

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

N° Historia Clinica:	1094943807	N° Folio: 38	Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	DANIEL SANTIAGO RODRIGUEZ VALDERRAMA	Identificación:	1094943807 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento:	18/agosto/1994 Edad Actual: 29 Años / 9 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Soltero
Dirección:	MZA 71 CASA 6 LA PATRIA	Teléfono:	3152339603
Procedencia:	ARMENIA	Ocupación:	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3	Régimen:	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD "RES. URGENCIAS"	Nivel - Estrato:	REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		Teléfono Resp:	
Dirección Resp:		N° Ingreso:	2548703 Fecha: 11/06/2024 1:45:33 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Otra
Suministros Paciente:		Cama:	

Fecha Solicitud 11/06/2024 4:30:58 p. m. ALMACEN: 010 URGENCIAS FARMACIA

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: INMOVILIZADOR CON ESPIGA AL PULGAR

Total Ítems: 1

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 11/06/2024 4:30:58 p. m.

Profesional: MONTOYA VELASCO CARLOS EDUARDO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 141792

Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS — **11/06/2024 4:30:58 p. m.**

Nº Historia Clínica: 1094943807

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DANIEL SANTIAGO RODRIGUEZ VALDERRAMA — **Identificación:** 1094943807 — **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 18/agosto/1994 — **Edad a la fecha del folio:** — **Estado Civil:** Soltero
Dirección: MZA 71 CASA 6 LA PATRIA — **Teléfono:** 3152339603
Procedencia: ARMENIA — **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PNRESU - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD "RES. URGENCIAS" — **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: PNRESU - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD "RES. URGENCIAS" — **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO — **FOLIO Nº 38** — **11/06/2024 16:30:58**
Responsable: — **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: — **Nº Ingreso:** 2548703 — **Fecha:** 11/06/2024 13:45:33
Finalidad Consulta: No_Aplica — **Causa Externa:** Otra

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA CON TRAUMA EN MANO DERECHA CON POSTERIOR DOLOR Y EDEMA EN REGION TENAR Y PRIMER DEDO

Análisis Objetivo:

PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO. NORMOCÉFALO, CUELLO MÓVIL SIN MASAS. TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREAGREGADOS. ABDOMEN, BLANDO, SIN MASAS, SIN MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL,EDEMA EN MANO DERECHA, NEUROLÓGICO SIN SIGNOS DE DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

Tratamiento:

EGRESO
INCAPACIDAD POR 10 DIAS
ORDEN PARA INMOVILIZADOR CON ESPIGA AL PULGAR
HIELO EN ZONA DE LESION
CITA POR ORTOPEDIA AMBULATORIA EN 1-2 SEMANAS

Respuesta:

PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA CON TRAUMA EN MANO DERECHA CON POSTERIOR DOLOR Y EDEMA EN REGION TENAR Y PRIMER DEDO. SE TOMA RADIOGRAFIA EN LA CUAL NO HAY COMPROMISO OSEO, PERO ANTE INFLAMACION Y COMPROMISO DE LA MOVILIDAD SE CONSIDERA CURSANDO CON ESGUINCE METACARPOFALANGICO DE PRIMER DEDO QUE NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR LO CUAL SE DA EGRESO CON INCAPACIDAD POR 10 DIAS, ORDEN PARA INMOVILIZADOR CON ESPIGA AL PULGAR, HIELO EN ZONA DE LESION Y CITA POR ORTOPEDIA AMBULATORIA EN 1-2 SEMANAS. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNÓSTICOS

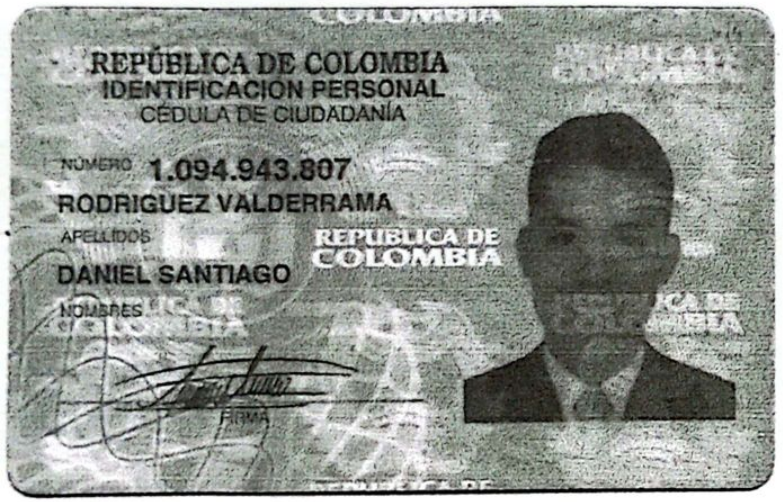
TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Definitivo	S602	CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Profesional: MONTOYA VELASCO CARLOS EDUARDO
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M: 141792

Powered by CamScanner









Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

EL SUSCRITO JEFE GRUPO ADMINISTRACIÓN HOJAS DE VIDA DE LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

H A C E C O N S T A R

Que el Señor (a) PT RODRIGUEZ VALDERRAMA DANIEL SANTIAGO identificado con C.C. No. 1094943807, presta sus servicios en la Policía Nacional desde el 14/01/2013 y a la fecha tiene un tiempo de servicio de 11 Años, 5 Meses, 2 Días*.

La presente constancia se expide a solicitud del señor (a) PT RODRIGUEZ VALDERRAMA DANIEL SANTIAGO el lunes, 17 de junio de 2024.

Capitan NESTOR DAVID SANCHEZ CASTAÑEDA
Jefe Grupo Administracion Historias Laborales Y Vacaciones

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Nombre: Nestor David Sanchez Castañeda
Grado: Capitan
Cargo: Jefe Grupo Administracion Historias Laborales Y Vacaciones
Cédula: 13270255
Dependencia: Grupo Administracion Historias Laborales Y Vacaciones
Unidad: Direccion De Talento Humano
Correo: nestor.sanchez1096@correo.policia.gov.co
17/06/2024 8:52:42 a. m.

* Este Tiempo de servicio es susceptible de variación de conformidad con los antecedentes documentales que reposan en su historia laboral.

*Para la verificación de la presente constancia realizar la solicitud al correo: ditah.apgrahv-jefat@policia.gov.co

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 17	MES 06	AÑO 2024

YO Blanca Ligia Ramos. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Taloneras. Segun formula Medica

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 : Blanca Ligia Ramos O

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 41903461

TELÉFONO: 3102738649.

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Ficha

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7767566 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 17/6/2024 10:36:01

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	BLANCA LIGIA RAMOS OSORIO	**Identificación Paciente**	41903461
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ C N° 11	**Teléfono**	3102738649
Fecha de Nacimiento	30/9/1963		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR244	PLANTILLA TALONERA TULIS	2

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones SE AUTORIZA RADIOGRAFIA PLANTILLA TALONERA SUJETO AUDITORIA MEDICA, CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	TATIANA RAMIREZ ACEVEDO
Registro Médico	1094915691
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC41903461
Documento de Identificación

TEGEN



RAMOS OSORIO
Apellidos

BLANCA LIGIA
Nombres

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

AUXILIAR PARA APOYO DE SEGURIDAD-06
Grado del Titular

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.903.461**



RAMOS OSORIO
APELLIDOS

BLANCA LIGIA
NOMBRES

Blanca Ligia Ramos O
FIRMA



30-SEP-1963
Fecha de nacimiento

001037131
Numero de carné

O +
GS Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO





FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1963**

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

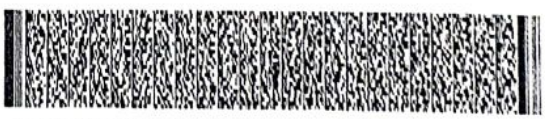
O+
G.S. RH

F
SEXO

24-SEP-1982 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ MENDOZA LOPEZ

INDICE DERECHO



A-1521800-30122971-F-0041903461-20040806 0148304217H 01 110435614

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Nit:800000118 Fecha Actual : lunes, 17 junio 2024

Direccion: Avda. Bolivar Calle 17-Norte TEL: 7493500

Contacto@hospitalquindio.gov.co

FORMULA MEDICA MANEJO EXTERNO

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

N° Historia Clínica: 41903461 N° Folio: 42 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: BLANCA LIGIA RAMOS OSORIO
Identificación: 41903461 Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 30/septiembre/1963 Edad Actual: 60 Años / 8 Meses / 17 Días
Estado Civil: Casado

Dirección: CARRERA 24 A N 17A 56 NIAGARA BAJO
Teléfono: 3102738649-3157187342

Procedencia: ARMENIA
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3
Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: POLICIA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N° 3
Nivel - Estrato: REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:

Dirección Resp:
N° Ingreso: 2551303 Fecha: 17/06/2024 9:25:05 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General

Suministros Paciente:
Cama:

Fecha Solicitud 17/06/2024 9:44:28 a. m. ALMACEN: 002 FARMACIA

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: TALONERAS

Total Ítems: 1

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 17/06/2024 9:44:28 a. m.

Profesional: GUTIERREZ GUEVARA LAURA CRISTINA
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 1468/12

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:	DÍA 17	MES 06	AÑO 21

YO Jhonatan Rodriguez Cordona hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Plantillas ortopedicas segun Formula

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 : Angela Segura

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 21031721

TELÉFONO: 315 844 3507

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 7610080 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 23/5/2024 15:31:51

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	JHONATAN RODRIGO CARDONA SEGURA	**Identificación Paciente**	1054551694
Departamento	CALDAS	**Municipio**	MANIZALES
Dirección	CALE 66 NUMERO 11 - 72	**Teléfono**	3158443507
Fecha de Nacimiento	6/4/2008		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR553	PLANTILLA EN PLASTAZOTE O CAUCHO ESPONJOSO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones

OR553 PLANTILLA EN PLASTAZOTE O CAUCHO ESPONJOSO -- ORTESIS TIPO PLANTILLA ORTOPÉDICA PARA AMBOS PIES EN MATERIAL BLANDO. - DERECHA CON REALCE ESCAFOIDEO DE 1.5CM RÍGIDO. REALCE ANTEROMEDIAL PARA EL PRIMER DEDO DE 2MM, Y ZONA DE CONTROL APOYO CALCÁNEO MEDIAL DE 5MM. - IZQIERDO CON REALCE ESCAFOIDEO DE 1.5CM RÍGIDO. REALCE ANTEROMEDIAL PARA EL PRIMER DEDO DE 2MM, Y ZONA DE CONTROL APOYO CALCÁNEO MEDIAL DE 7MM. - PREVIA TOMA DE PEDIGRAFIA, PARA USO DENTRO DE LOS ZAPATOS DEPORTIVOS -- 1 PAR -- OR553 PLANTILLA PLANTILLA EN PLASTAZOTE O CAUCHO ESPONJOSO PLANTILLA PARA PIE DE ALTO RIESGO-ARTRÍTICO-ANESTÉSICO-DIABETICO. PLANTILLAS ELABORADAS EN PLASTAZOTE O CAUCHO ESPONJOSO, BAJO ESTRICTO MOLDE DE YESO, CON ADITAMENTOS (ALMOHADILLA ESCAFOIDEA, REALCE INTERNO O EXTERNO, ARCO LONGITUDINAL, APOYO METATARSIANO, APOYO ESPOLÓN CALCÁNEO, BOTÓN METATARSIANO) SEGÚN ORDEN MÉDICA. AL MOMENTO DE LA ENTREGA, SE DEBE ANEXAR EL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE USO Y CUIDADOS PARA EL ASEO. $ 141.539 Q665 - PIE PLANO CONGENITO

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

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

IPS FISIATRICS S.A.S

NIT. 900761522-2
Calle 63 A N 22-21 La leonora - 8982362 - SOLO WHATSAPP
3234646829
MANIZALES

Fisiatrics...

HISTORIA CLINICA
Copia Controlada

PACIENTE: CC 1054551894 - JHONATAN RODRIGO CARDONA SEGURA
GENERO: MASCULINO
FECHA NACIMIENTO: 2008-04-06 - Edad 18 Años 0 Meses 19 Dias

SOLICITUD DE SERVICIOS

[CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION] # (1)
CONTROL CON PLANTILLAS

[ORTESIS] # (1)
-SE SOLICITA ORTESIS TIPO PLANTILLA ORTOPÉDICA PARA AMBOS PIES EN MATERIAL BLANDO
DERECHA CON REALCE ESCAFOIDEO DE 1.5CM RIGIDO, REALCE ANTEROMEDIAL PARA EL PRIMER DEDO DE 2MM, Y ZONA DE CONTROL APOYO CALCANEO MEDIAL DE 5MM,
IZQUIERDO CON REALCE ESCAFOIDEO DE 1.5CMRIGIDO, REALCE ANTEROMEDIAL PARA EL PRIMER DEDO DE 2MM, Y ZONA DE CONTROL APOYO CALCANEO MEDIAL DE 7MM
PREVIA TOMA DE PEDIGRAFIA
NUMERO DOS (2) PARA USO DIARIO DENTRO DE LOS ZAPATOS DEPORTIVOS

[TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD] # (10)
TERAPIA FISICA FORTAECIMEINTO DE MUSUCLUOS TBIALES CON ENFOQUE EN POSTERIOR Y EN INTRISECOS DEL PIE BILATERAL

VALENTINA MARIN VILLA
FISIATRIA
Nro Documento: 1053767415
Nro. Registro: 1053767415

Powered by CamScanner

IPS FISIATRICS S.A.S

NIT: 900761522-2
Calle 53 A N 22-21 La leonora - 8982362 - SOLO WHATSAPP
3234646825
MANIZALES

Fisiatrics...

HISTORIA CLINICA
Copia Controlada

PACIENTE: CC 1054551694 - JHONATAN RODRIGO CARDONA SEGURA
GENERO: MASCULINO
FECHA NACIMIENTO: 2008-04-06 - **Edad:** 16 Años 0 Meses 19 Dias

Fecha y Hora de Atención: 2024-04-25 - 04:48:37 **CAS:**36897
Cliente: POLICIA NACIONAL
Profesional Tratante: VALENTINA MARIN VILLA

Finalidad: 10 - **Causa Externa:** 13 - **Tipo Diagnostico:** 1 - Impresion Diagnostica
Diagnostico Principal: O665 - PIE PLANO CONGENITO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA

MOTIVO DE CONSULTA:	PRIMERA VEZ
ENFERMEDAD ACTUAL:	MASCULINO 16 AÑOS RESIDEN EN MANIZALES OCUPACION: ESTUDIANTE 10MO GRADO DIESTRO ACOMPAÑA PRIMA- VERNONICA CARDONA ES ENVIADO POR CLINICA DE LA POLICIA POR PRESENTAR PIE PLANO BILATERAL Y DOLOR EN EL TOBILLO DE PIE IZQUIERDO EN LA PARTE INFERIOR, REFIERE QUE USO PLANTILLAS ORTOPEDICAS HASTA HACE 7 AÑOS, DOLOR A NIVEL MALEOLAR MEDIAL IZQUIERDO CON LA MARCHA PROLONGADA. ESTA HACIENDO TERAPIA HACE 1 MES Y HA NOTADO UN POCO DE MEJORIA AL DOLOR PERTENECE A LA SELECCION CALDAS DE VOLEIBALL RX AMBOS PIES: RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS
ANTECEDENTES PERSONALES:	NIEGA
TALLA (cm):	177
PESO (Kg):	56
IMC:	17.87
EXAMEN FISICO:	SE OBSERVA PIE PLANO PRONADO BILATERAL RETROPIE VALGO DE PREDOMINIO DERECHO QUE CORRIGE LEVEMENTE CON REALCE MEDIAL POSTERIOR Y MEDIO PIE, SE NOTA ZONA DE ROCE POR EL CALZADO EN REGION INFRAMALEOLAR MEDIAL BILATERAL CON PROMINENCIA OSEA EVIDENTE
RESUMEN DX:	PACIENTE CON PIE PLANO PRONADO RETROPIE COMPROMETIDO, SE INDICAN PAR DE ORTESIS PLANTARES PARA MEJORAR POSTURA Y EVITAR LESIONES, CONTINUAR CON TERAPIA FISICA
CONDUCTA:	–SE SOLICITA ORTESIS TIPO PLANTILLA ORTOPÉDICA PARA AMBOS PIES EN MATERIAL BLANDO DERECHA CON REALCE ESCAFOIDEO DE 1.5CM RIGIDO, REALCE ANTEROMEDIAL PARA EL PRIMER DEDO DE 2MM, Y ZONA DE CONTROL APOYO CALCANEO MEDIAL DE 5MM, IZQUIERDO CON REALCE ESCAFOIDEO DE 1.5CMRIGIDO, REALCE ANTEROMEDIAL PARA EL PRIMER DEDO DE 2MM, Y ZONA DE CONTROL APOYO CALCANEO MEDIAL DE 7MM NUMERO DOS (2) PARA USO DIARIO DENTRO DE LOS ZAPATOS DEPORTIVOS –TERAPIA FISICA FORTALECIMIENTO DE TIBIALES ENFOQUE EN POSTERIOR Y MUSCULOS INTRINSECOS DEL PIE - CONTROL CON PLANTILLAS

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.054.551.694**

CARDONA SEGURA

APELLIDOS

JHONATAN RODRIGO

NOMBRES

Jhohatan

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-2008**

LA DORADA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

06-ABR-2026 **O-** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

13-OCT-2015 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-0900100-01339794-M-1054551694-20230124 0095964740A 1 9922325267

Powered by CamScanner



06-ABR-2008
Fecha de nacimiento

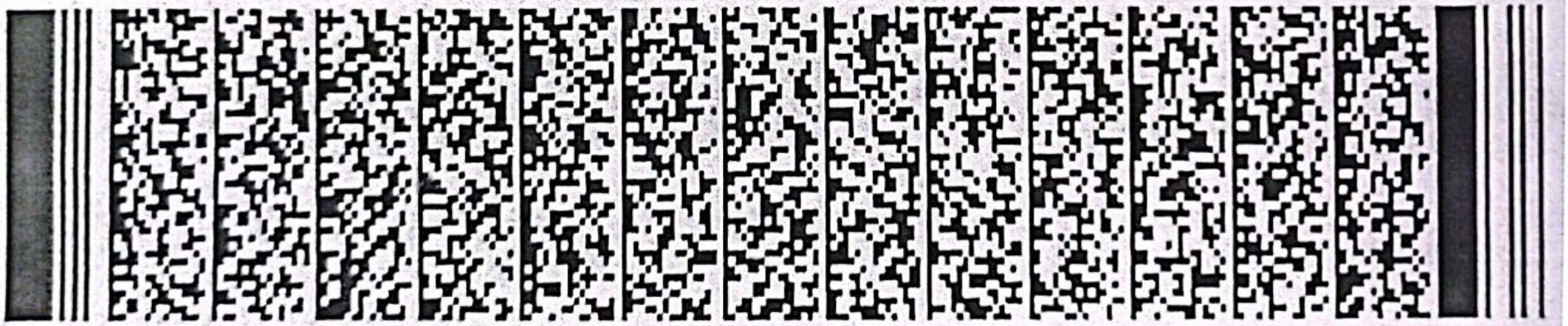
388887825
Numero de carné

O -
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



15990249/2023/02/01:08.51:29

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TI 1054551694 CASUR
Documento de Identificación

CARDONA SEGURA
Apellidos

JHONATAN RODRIGO
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

06-ABR-2026
Fecha de Vencimiento

CC15990249
Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoria del Titular



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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA	MES	AÑO
	19	06.	2024

YO Gloria Eugenia Herrera hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Calzado Ortopedico Especial

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 : Gloria Eugenia Herrera

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: CC-24.300841

TELÉFONO: 3148927616

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Policia

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

ESPRI ARMENIA

Número de Autorización 7551699 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 15/05/2024

Información del Prestador

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

Información del Paciente

Nombre GLORIA EUGENIA HERRERA RUIZ **Identificación Paciente** 30302529
Departamento CALDAS **Municipio** MANIZALES
Dirección CARRERA 28B NUMERO 38-27. **Teléfono** 8810624
Fecha de Nacimiento 1/2/1967

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR363	ZAPATO ORTOPEDICO ESPECIAL	1

Datos de Internación

Fecha Desde 5/15/2024 1:00:00 AM **Fecha Hasta** 5/15/2024 11:59:00 PM

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización

Observaciones

OR363 ZAPATO ORTOPEDICO ESPECIAL -- PAR DE ZAPATOS ORTOPEDICOS SOBRE MEDIDAS CON HORMA RECTA EN CUERO BLANDO SUJECION CON CORDONES CON CONTRAFUERTE INTERNO LARGO TACON ANCHO CAPELLA AMPLIA REQUIERE REALCE INTERNO PARA EL ZAPATO DERECHODE 7 CM USO DIARIO PARA CAMINAR --I890 - LINFEDEMA NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE -- OR363 BOTAS CALZADO ORTOPÉDICO CON REALCE ELABORADOS EN CUERO SUAVE DE ACUERDO A FORMULA MÉDICA, SIN COSTURAS, FORRADOS CON MATERIALES ACOLCHADOS QUE EVITEN ZONAS DE PRESIÓN. SUELA ANTIDESLIZANTE, FLEXIBLE Y DISEÑADA ESPECIALMENTE PARA AMORTIGUAR EL IMPACTO DURANTE LA MARCHA. EXCUSA DE APOYOS SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA. PLANTILLA EN MATERIAL TERMO FORMABLE BAJO ESTRICTO MOLDE. DISPONIBLE EN TODAS LAS TALLAS, MODELOS Y COLORES. $ 375.005

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre CINDY NATALIA VILLA TAPIAS
Registro Médico
Cargo
Teléfono

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

CINDYNTV

Powered by CamScanner

IPS FISIATRICS S.A.S

NIT: 900761522-2
Calle 53 A N 22-21 La leonora - Tel: 8982362 - SOLO WHATSAPP 3234646825
MANIZALES

PACIENTE: CC 30302529 - GLORIA EUGENIA HERRERA RUIZ
GENERO: FEMENINO **FECHA NACIMIENTO:** 01-02-1967

ORDENAMIENTOS MATERIALES

Fecha y Hora de Atención: 2024-01-16 - CAS:32023
Entidad: POLICIA NACIONAL
Diagnosticos: I890 - D649 - -

FS0005 - ZAPATOS ORTOPEDICOS A LA MEDIDA **# (1)**
ELABORAR UN PAR DE ZAPATOS ORTOPEDICOS SOBRE MEDIDAS. CON DE HORMA RECTA EN CUERO BLANDO, SUJECIóN CON CORDONES, CON CONTRAFUERTE INTERNO LARGO. TACON ANCHO CAPELLA AMPLIA, REQUIERE REALCE INTERNO EN PARA EL ZAPATO DERECHO DE 7 CMS., USO DIARIO PARA CAMINAR

IPS FISIATRIC.
Martha Angel
Médico Fisiatra
C.C. 30.281.700 RM 0094

MARTA LUCIA ANGEL PINZON
FISIATRIA
Nro Documento: 30281700
Nro. Registro:0094

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.302.529
HERRERA RUIZ
APELLIDOS
GLORIA EUGENIA
NOMBRES

FIRMA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC30302529 CASUR
Documento de Identificación
HERRERA RUIZ
Apellidos
GLORIA EUGENIA
Nombres
HIJO(A)
Parentesco con Titular
PERMANENTE CC4871387
Fecha de Vencimiento Titular
TIT.SUS.AGENTE (R)
Categoria del Titular





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1967
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-ABR-1985 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00150743-F-0030302529-20090224 0010007289A 1 4520003902



INDICE DERECHO

01-FEB-1967
Fecha de nacimiento
388971216
Numero de carné
O +
GS.Rh
F
Sexo
SANIDAD

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 19 MES 06 AÑO 2024

YO Maximiliano Castaño S. hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Ferula de Mulgrew

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 : FERNANDA SALDARRIAGA

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1046913736

TELÉFONO: 3117232872. - 3116547548

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Poliza

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7751681 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 14/6/2024 07:36:19

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	MAXIMILIANO HERRERA SALDARRIAGA	**Identificación Paciente**	1246698264
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ. 22 CASA 17	**Teléfono**	3116547519
Fecha de Nacimiento	12/10/2023		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR122	FERULA DE MILGRAM	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones PACIENTE CON DX Q656 - CADERA INESTABLE A QUIEN LE ORDENAN FERULA DE MILGRAM 45 X 90
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico	41930231
Cargo	MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

TAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Fecha Actual : martes, 14 mayo 2024

da. Bolivar Calle 17-Norte TEL: 7493500

ospitalquindio.gov.co

FORMULA MEDICA MANEJO EXTERNO

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

oria Clinica: 1246698264 N° Folio: 2 Folio Asociado:

OS PERSONALES

abre Paciente:	MAXIMILIANO HERRERA SALDARRIAGA	Identificación:	1246698264 Sexo: Masculino
cha Nacimiento:	12/octubre/2023 Edad Actual: 0 Años / 7 Meses / 2 Días	Estado Civil:	Soltero
irección:	B/ LA ISABELA MZ 22 CASA 17	Teléfono:	3117232872
rocedencia:	ARMENIA	Ocupación:	

DATOS DE AFILIACIÓN

ntidad:	POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3	Régimen:	Regimen_Simplificado
lan Beneficios:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO	Nivel - Estrato:	REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

esponsable:		Teléfono Resp:	
irección Resp:		N° Ingreso:	2535499 Fecha: 14/05/2024 02:29:30 p.m.
inalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Otra
uministros Paciente:		Cama:	

Fecha Solicitud 14/05/2024 02:43:54 p.m. ALMACEN: 002 FARMACIA

INDICACIONES A PACIENTE

ndicación: FERULA DE MILGRAM 45 X 90 USO NOCTURNO

Total Ítems: 1

Rdo
15-5-
Nota

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 14/05/2024 02:43:54 p.m.

Profesional: CUENCA CASTRO JAIME FERNANDO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 1390483

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

Powered by CamScanner

NUIP 1.246.698.284

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58690178

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 2 5 0

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AUXILIAR 1 DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMEN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERRERA	SALDARRIAGA

Nombre(s)

MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes OCT Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2310221080271

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

SALDARRIAGA FONNEGRA MARIA FERNANDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.046.913.736	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

HERRERA SALCEDO JOHN JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.332.869	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERRERA SALCEDO JOHN JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.332.869	John Herrera Salcedo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes OCT Día 17	ALEJANDRA MARIA PINEDA SALINAS
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
John Herrera Salcedo	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

17.OCT.2023 - LIBRO DE VARIOS TOMO 001 FOLIO 0183.

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA 36138942-9

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Página 1 de 1	CARACTERIZACION DE LA POBLACION Y ACTUALIZACION DE DERECHOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2PS-FR-0005		
Fecha: 10/01/2023	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PARA BENEFICIARIOS	
Versión: 2		

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE DE AFILIACIONES Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) JOHN JAIRO HERRERA SALCEDO, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 72332869, se encuentra afiliado (a) en calidad de **Titular Cotizante** en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado SUBINTENDENTE con estado laboral LABORANDO y tiene como beneficiarios a:

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	ESTADO DE AFILIACIÓN
HIJO(A)	MAXIMILIANO HERRERA SALDARRIAGA	1246698264	ACTIVO

Por no contemplar las normas que regulan el Subsistema de Salud e la Policía Nacional (Decreto 1795 de 2000 o normas que lo modifiquen o adicionen), la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen; **no afiliará al cónyuge, compañero(a) permanente, padres e hijos de los cotizantes contemplados**, que tengan una **relación laboral, pensión o ingresos adicionales** sobre los cuales estén obligados a cotizar en el Sistema General de Seguridad Social.

Él cónyuge, compañero(a) permanente, padres o hijos de los afiliados que sean trabajadores, que generen ingresos como independientes **DEBERAN PERMANECER OBLIGATORIAMENTE** en el Régimen Contributivo y en consecuencia no procede la afiliación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional. **(Aplicación Decreto 780 de 6 de mayo de 2016 (artículo 2.1.1.2 APLICABILIDAD) o normas vigentes que lo modifiquen o adicionen), no procede traslado de aportes al FOSYGA.**

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, a los 14 días de mes de mayo del año 2024, para ser presentada a 1246698264.

Atentamente,

Teniente LILI JOHANA HERNÁNDEZ MÉNDEZ
Responsable Validación de Derechos DISAN

ESTA CONSTANCIA NO ES VÁLIDA PARA TRÁMITE LABORAL, PENSIONAL Y PRACTICAS ACADÉMICAS REMUNERADAS. NO PROCEDE TRASLADO DE APORTES A ADRES PARA BENEFICIARIOS DE SALUD PONAL.

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 24	MES 06	AÑO 24

YO Carlos Hernando Palacio hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Medias Comprecion Segun Formula 3

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

GARANTÍA: N/A

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Carlos HDO Palacio Ramirez

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: CC 1085270330

TELÉFONO: 314 5882533

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Polrin

Powered by CamScanner

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
INDICACIONES
ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Fecha de Impresión
2024/03/25 11:46:24a.

Paciente : CC 18501030 CARLOS HERNANDO PALACIO FLOR **No. Historia** 8501030 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** COTIZANTE **Categoría :** A
Fecha de Evolución :2024/03/25 11:19:28a.m. **Edad :** 64 A?os **Sexo :** Masculino
Ubicación Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

1- MEDIAS DE COMPRESION 20-30 MMHG HASTA LA RODILLA PAR # 3 TRES POR 6 MESES

26/03/24

Dr. Gustavo Cajiao C.
Esp. en Cirugía Cardio Vascular y General - R.M. 8578/85
C.C. 16627465
Cel: 311 300 7355

ORDENADO POR
16627465 GUSTAVO CAJIAO CORREA **Firma:**

C:\IPS\Reportes\AtnRP008.rpt

Powered by CamScanner

SABADO DE 9.A.1 Formulario 3145153977

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7799176 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 20/6/2024 15:44:15

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	CARLOS HERNANDO PALACIO FLOREZ	**Identificación Paciente**	18501030
Departamento	RISARALDA	**Municipio**	PEREIRA
Dirección	CRA.3 BIS N.32B-26	**Teléfono**	3293497
Fecha de Nacimiento	26/4/1959		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR478	MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESION 20/30 MMHG MEDIA PANTALON	3

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones PACIENTE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PARA HOMBRE 20-30 MMHG PRESIÓN MEDIAS ELABORADAS EN MICROFIBRA Y ALGODÓN, MEDICAMENTE DISEÑADAS, APARIENCIA COSMÉTICA. VALOR $ 88.192 (MEDIAS DE COMPRESION 20-30 MMHG HASTA LA RODILLA PAR # 3 POR 6 MESES SUJETO AUDITORIA MEDICA, CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	TATIANA RAMIREZ ACEVEDO
Registro Médico	1094915691
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
18.501.030
NUMERO

PALACIO FLOREZ
APELLIDOS

CARLOS HERNANDO
NOMBRES

FIRMA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC18501030 CASUR
Documento de Identificación

PALACIO FLOREZ
Apellidos

CARLOS HERNANDO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de vencimiento

AGENTE(R)
Grado del Titular





INDICE DERECHO

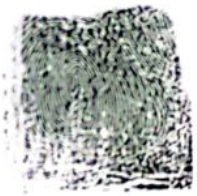
FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1959
SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-AGO-197 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBARRACIN SERGIO LOPEZ

A-0907600-35146462-M-0018501030-20061201 07633 06335A 02 182043864



26-ABR-1959 001240260
Fecha de nacimiento Número de carné

A+ M
G.S.Rh Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO

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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DÍA	MES	AÑO
	24	06	2021

YO Samuel Lerma Aguirre hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Ferula para pie condo 2.

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

GARANTÍA: 6 meses

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Yised Vivora Aguirre Martinez

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1094922017

TELÉFONO: 3104617921

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 7597723 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 22/5/2024 12:06:13

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	SAMUEL LERMA AGUIRRE	**Identificación Paciente**	1092860511
Departamento	CALDAS	**Municipio**	RISARALDA
Dirección	MZ. 10 CASA 6 MIRADOR DEL LLANO GRANDE	**Teléfono**	0
Fecha de Nacimiento	4/10/2016		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR135	FERULA PIE CAIDO	2

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones

PACIENTE CON DX CUADRIPARESIA ESPASTICA--PARALISIS CEREBRAL--G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA A QUIEN LE ORDENAN ORTESIS PARA MIEMBROS INFERIORES TIPO OTP BILATERAL EN MATERIAL TERMOCONFORMADO A LA MEDIDA DEL PACIENTE , CON INTERIOR BLANDO OR135 FÉRULA -- FÉRULA PARA PIE CAÍDO -- ELABORADA EN MATERIAL TERMOPLÁSTICO SEGÚN MEDIDAS INDIVIDUALES, FORRADA. CORREAS EN VELCRO, BORDES Y PROTECTORES. -- 244.134

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico	41930231
Cargo	MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono	

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

Cita: 24-06-24

Hora: 16:00

Powered by CamScanner

NEUROIMAGENES S.A.
SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMAGENES 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: SAMUEL LERMA AGUIRRE
Género: MASCULINO **Fecha de Nacimiento:** martes, 04 octubre de 2016 **Número:** 1092860511
Identificación - Propiedad: PROPIA **Tipo:** REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO **Edad:** 7 Año(s) 3 Mes(es) 26 Dia(s)
Estado Civil: SOLTERO(A) **Teléfono(s):** 3104617921:3117453381
Ocupació NO APLICA
Correo(s) Electrónico(s): bibiana181422@gmail.com
Dirección de Residencia: CLL 5 NUMERO 10 -08 - CIRCASIA
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
lunes, 29 de enero del 2024 a las 09:56	NEUROIMAGENES S.A. - ARMENIA (QUINDIO) - NISA CREDITO DR

MEDIDAS

Peso	Talla	Indice de Superficie Corporal	Indice de Masa Corporal

DIAGNOSTICO(S)

Código	Nombre	Ubicación	Estadificación
G401	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES		

NOTA DE FISIATRIA

Consultas

SAMUEL LERMA
6 AÑOS
PROCEDENCIA: ARMENIA
EPS: PONAL

1.EPILEPSIA FOCAL SINTOMÁTICA REFRACTARIA
2.ANTECEDENTE DE EPILEPSIA DE ESPASMOS INFANTILES
3.PARÁLISIS CEREBRAL CUADRIPARESIA ESPÁSTICA
4.DISCAPACIDAD COGNITIVA DE GRADO NO ESPECIFICADO
5.SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA
6. DISPLASIA DE CADERA CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA POR PARTE DE ORTOPEDIA

PACIENTE DE 6 AÑOS CON DX ANOTADOS, EN EL MOMENTO EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA PEDIATRICA CON CONTROL DESDE HACE 1 MES DE LAS CONVULSIONES, HISTIA DE NEUMONIA QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION HACE 1 MES. EN EL MOEMNTO SIN ALTERACION HEMODINAMICA, NI RESPIRATORIA. PRESENTA ESPASTICIDAD QUE VENIA SIENDO MANEJADA CON TOXINA BOTULINICA CON APLICACION EL 14 DE JULIO DE 2022 POR ULTIMA VEZ. USUARIO DE COCHE NEUROLOGÍCO ACTUALMENTE EN MANTENIMIENTO EN ORTOPEDICA DE BOGOTA. DISPLASIA DE CADERA BILATERAL CON MAYOR COMPROMISO EN EL DERECHO, CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA POR ORTOPEDIA PERO NO SE HA REALIZADO POR LOS ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS.

PACIENTE EN BUENAS CONDICONES, SIN COMPROMISO RESPIRATORIOA
CUADRIPARESIA ESPASTICA CON ESPASTICIDAD ASHWORT 2 EN ISQUIOTIBIALES IZQUIERDOS Y 1+ EN ADUCTORES DE CADERA E ISQUIOTIBIALES DERECHOS.
SE COMUNICA CON SONIDOS GOTURALES
DISPLASIA DE CADERA, PERO SIN LUXACIONES A EXAMEN FISICO

PACIENTE DE 6 AÑOS CON DX ANOTADOS, EN EL MOMENTO EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA PEDIATRICA CON CONTROL DESDE HACE 1 MES DE LAS CONVULSIONES, HISTIA DE NEUMONIA QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION HACE 1 MES. EN EL MOEMNTO SIN ALTERACION HEMODINAMICA, NI RESPIRATORIA. PRESENTA ESPASTICIDAD QUE VENIA SIENDO MANEJADA CON TOXINA BOTULINICA CON APLICACION EL 14 DE JULIO DE 2022 POR ULTIMA VEZ. USUARIO DE COCHE NEUROLÓGICO ACTUALMENTE EN MANTENIMIENTO EN ORTOPEDICA DE BOGOTA. DISPLASIA DE CADERA BILATERAL CON MAYOR COMPROMISO EN EL DERECHO, CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA POR ORTOPEDIA PERO NO SE HA REALIZADO POR LOS ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS. SE SOLICITA ORTESIS ANTIESPASTICAS PARA AMBAS MANOS LAS CUALES ENTREGARON CON BUENA ADAPTACIÓN.

Powered by CamScanner

Código de Validación

NEUROIMAGENES S.A.
SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
NIT. 901.000.060 - 8
CALLE 3 Norte No. 14-17 B. NUEVA CECILIA Tel.7362592 Armenia Q.
Correos electrónicos: programacion@neuroimagenes.com /// citas@neuroimagenes.com

HISTORIA CLINICA

PACIENTE

Nombre: SAMUEL LERMA AGUIRRE
Género: MASCULINO
Identificación - Propiedad: PROPIA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Ocupació NO APLICA
Fecha de Nacimiento: martes, 04 octubre de 2016
Tipo: REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: 1092860511
Edad: 7 Año(s) 3 Mes(es) 26 Dia(s)
Teléfono(s): 3104617921,3117453381
Correo(s) Electrónico(s): bibiana181422@gmail.com
Dirección de Residencia: CLL 5 NUMERO 10 -08 - CIRCASIA
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

1. ORTESIS PARA MIEMBROS INFERIORES TIPO OTP BILATERAL
2. TERAPIAS DE REHABILITACION NEUROLOGICOS DOMICILIARIAS POR RIESGO DE NEUROMONIAS 3 POR SEMANA
TERAPIA FISICA: PARA MANTENIMIENTO DE ARCOS DE MOVILIDAD Y GANANCIA DE PATRONES FUNCIONALES
TERAPIA OCUPACIONAL: MANTENIMIENTO Y GANANCIA FUNCIONAL, ENTRENAMIENTO EN CUIDADOS ERGONOMICOS A CUIDADOR
FONOAUDIOLOGIA
4. JUNTA NEUROLOGÍA (DRA RAMIREZ) PARA EVALUACIÓN DE TOXINA Y DETERMINAR SEGURIDAD DEL USO DE SILLA

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

Powered by CamScanner

Código de Validación

NEUROIMAGENES S.A.
SOCIEDAD DE NEUROCIENCIAS E IMÀGENES 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: SAMUEL LERMA AGUIRRE
Género: MASCULINO
Fecha de Nacimiento: martes, 04 octubre de 2016
Número: 1092860511
Identificación - Propiedad: PROPIA
Tipo: REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Edad: 7 Año(s) 3 Mes(es) 26 Dia(s)
Estado Civil: SOLTERO(A)
Teléfono(s): 3104617921;3117453381
Ocupació NO APLICA
Correo(s) Electrónico(s): bibiana181422@gmail.com
Dirección de Residencia: CLL 5 NUMERO 10 -08 - CIRCASIA
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
lunes, 29 de enero del 2024 a las 09:56	NEUROIMAGENES S.A. - ARMENIA (QUINDIO) - NISA CREDITO DR

DIAGNÓSTICO(S)

Código	Nombre	Ubicación	Estadificación
G401	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES		

SERVICIO(S)

No	Nombre	Código	Cantidad
1	Terapia Fisica :. (PBS) **Observaciones:** TERAPIAS DE REHABILITACION NEUROLOGICOS DOMICILIARIAS POR RIESGO DE NEUROMONIAS 3 POR SEMANA TERAPIA FISICA: PARA MANTENIMIENTO DE ARCOS DE MOVILIDAD Y GANANCIA DE PATRONES FUNCIONALES TERAPIA OCUPACIONAL: MANTENIMIENTO Y GANANCIA FUNCIONAL ENTRENAMIENTO EN CUIDADOS ERGONOMICOS A CUIDADOR FONOAUDIOLOGIA	CUPS: 931001	36
2	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (PBS) **Observaciones:** TERAPIAS DE REHABILITACION NEUROLOGICOS DOMICILIARIAS POR RIESGO DE NEUROMONIAS 3 POR SEMANA TERAPIA FISICA: PARA MANTENIMIENTO DE ARCOS DE MOVILIDAD Y GANANCIA DE PATRONES FUNCIONALES TERAPIA OCUPACIONAL: MANTENIMIENTO Y GANANCIA FUNCIONAL ENTRENAMIENTO EN CUIDADOS ERGONOMICOS A CUIDADOR FONOAUDIOLOGIA	CUPS: 938303	36
3	Fonoaudiologia Terapia (PBS) **Observaciones:** TERAPIAS DE REHABILITACION NEUROLOGICOS DOMICILIARIAS POR RIESGO DE NEUROMONIAS 3 POR SEMANA TERAPIA FISICA: PARA MANTENIMIENTO DE ARCOS DE MOVILIDAD Y GANANCIA DE PATRONES FUNCIONALES TERAPIA OCUPACIONAL: MANTENIMIENTO Y GANANCIA FUNCIONAL ENTRENAMIENTO EN CUIDADOS ERGONOMICOS A CUIDADOR FONOAUDIOLOGIA	CUPS: 937101	36
4	Ortesis Miembro Inferior (PBS) **Observaciones:** ORTESIS PARA MIEMBROS INFERIORES TIPO OTP BILATERAL EN MATERIAL TERMOCONFORMADO A LA MEDIDA DEL PACIENTE. CON INTERIOR BLANDO	CUPS:	2
5	Control Por Fisiatria (PBS) **Observaciones:** EN 3 MESES	CUPS: 890364	1

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

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TI 1092860511
Documento de Identificación

TEGEN

LERMA AGUIRRE
Apellidos

SAMUEL
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

04-OCT-2030
Fecha de Vencimiento

CC1094922972
Titular

NIVEL EJECUTIVO
Categoria del Titular





04-OCT-2016
Fecha de nacimiento

38910
Numero d

O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A L
SERVICIOS A QUE TENGA DER

INDICE DERECHO



Powered by CamScanner

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI

1.092.860.511

APELLIDOS / NOMBRES

LERMA AGUIRRE
SAMUEL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

04-OCT-2016
ARMENIA - QUINDIO

FECHA DE EXPEDICIÓN

13-DIC-2023

SEXO

MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

CIRCASIA - CIRCASIA

OFICINA DE ENTREGA

CIRCASIA - CIRCASIA

- 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 13-JUN-2024

8510343243
13-DIC-2023

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 25	MES 06	AÑO 21

YO Juan Jose Beltran hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Plantillas Ortopedicas. segun Formula

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 : Juan José Beltran Cano

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1070396587

TELÉFONO: 3206993823 - 3142293319

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 7758890 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 14/6/2024 16:57:58

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	JUAN JOSE BELTRAN CASAS	**Identificación Paciente**	1070396581
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ. E CASA 14 ETAPA 4	**Teléfono**	3206993823
Fecha de Nacimiento	17/10/2013		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR240	PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO	2

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones

PACIENTE CON DX Q665 - PIE PLANO CONGENITO A QUIEN LE ORDENAN PLANTILLAS ORTOPEDICAS: ALMOHADILLA ESCAFOIDEA DE 16 MM Y CUÑA EN LA PARTE INTERNA DEL TALON DE 5 MM, BOTON METATARSIANO CENTRAL DE 4 MM--- SE AUTORIZA CUPS OR240 PLANTILLA PLANTILLA CON REALCE METATARSIANO Y/O ESCAFOIDES. SON CONFECCIONADAS CON MOLDES INDIVIDUALIZADOS, RÍGIDOS O SEMI-RÍGIDO SEGÚN PRESCRIPCIÓN. PARA TODO TIPO DE PATOLOGÍAS EN LOS PIES. $ 58.499--CANTIDAD 2---

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico	41930231
Cargo	MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

TAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Fecha Actual : jueves, 02 mayo 2024

ívar Calle 17-Norte TEL: 7493500

ital quindio.gov.co

FORMULA MEDICA MANEJO EXTERNO

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1070396581 **Nº Folio:** 63 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	JUAN JOSE BELTRAN CASAS	**Identificación:**	1070396581 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	17/octubre/2013 **Edad Actual:** 10 Años / 6 Meses / 15 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	BARRIO MONTEBLANCO ETAPA 4 MZ E CASA 14	**Teléfono:**	3206993823-3142293319
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2530356 **Fecha:** 02/05/2024 03:02:55 p.m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General
Suministros Paciente:		**Cama:**	

Fecha Solicitud 02/05/2024 04:07:34 p.m. **ALMACEN:** 002 FARMACIA

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: NUEVAS PLANTILLAS ORTOPEDICAS: ALMOHADILLA ESCAFOIDEA DE 16 MM Y CUÑA EN LA PARTE INTERNA DEL TALON DE 5 MM, BOTON METATARSIANO CENTRAL DE 4 MM.

Total Ítems: 1

Rdo 15-05-24 SOFL

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 02/05/2024 04:07:34 p.m.

Profesional: CUENCA CASTRO JAIME FERNANDO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 1390483

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TI 1070396581 CAPUR
Documento de Identificación

BELTRAN CASAS
Apellidos

JUAN JOSE
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

17-OCT-2027 CC4376783
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoría del Titular



17-OCT-2013
Fecha de nacimiento

389043979
Numero de carné

O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-2013

FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

17-OCT-2031 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

22-OCT-2020 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2600100-01173724-M-1070396581-20201027 0072211117A 1 8500847668

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.070.396.581
BELTRAN CASAS

APELLIDOS
JUAN JOSE

NOMBRES

Juan José

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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA 9	MES 06	AÑO 21	

YO Samuel Chare Quintero hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

Braco Articulado segun Formula Medica.

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 : Samuel Chare Q.

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 1092457863

TELÉFONO: 3148226149.

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Polca

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7563146 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 17/5/2024 09:12:11

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	SAMUEL CHORE QUIÑONEZ	**Identificación Paciente**	1092457863
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ. 3 NO. 15	**Teléfono**	0
Fecha de Nacimiento	9/9/2007		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR49	BRACE DE RODILLA CON ARTICULACION DE BLOQUEO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones

OR49 BRACE DE RODILLA CON ARTICULACION DE BLOQUEO -- OR49 FÉRULA BRACE DE RODILLA EN NEOPRENE CON CENTRADOR DE ROTULA Y ARTICULACION DE BLOQUEO ELABORADO EN NEOPRENO TRANSPIRABLE, COSTURAS REFORZADAS, CON APERTURA ANTERIOR Y BARRAS LATERALES CON ARTICULACIONES POLICÉNTRICAS CON SISTEMA DE REGULACIÓN PROGRAMABLE DE LA FLEXO-EXTENSIÓN. DISPONIBLE EN DIFERENTES TALLAS. AL MOMENTO DE LA ENTREGA, SE DEBE ANEXAR EL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE USO Y CUIDADOS DEL MISMO. $ 412.027 -- ORTESIS DE RODILLA TIPOBRACE ARTICULADO QUE PERMITA BLOQUEAR EN EXTENSION PARA COMPENSACION DE LA MARCHA PERO PERMITA DESBLOQUEAR PARA FLEXIONAR EN SEDESTACION G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

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

NIT. 901.000.060 - 3
CALLE 3 Norte No. 16-17 B° NUEVA CECILIA Tel.7362592 Armenia Q.
Correos electrónicos: programacion@neuroimagenes.com /// citas@neuroimagenes.com

HISTORIA CLINICA

PACIENTE

Nombre: SAMUEL CHORE QUIÑONEZ

Género: MASCULINO
Fecha de Nacimiento: domingo, 09 septiembre de 2007
Número: 1092457863
Identificación - Propiedad: PROPIA
Tipo: TARJETA DE IDENTIDAD
Edad: 16 Año(s) 6 Mes(es) 10 Dia(s)
Estado Civil: SOLTERO(A)
Teléfono(s): 3148226149;3146179071
Ocupació NO APLICA
Correo(s) Electrónico(s):
Dirección de Residencia: BARRIO COOPERATIVO MANZANA B CASA 1 - ARMENIA
Entidad Aseguradora: POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3
Entidad Pagadora: POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N 3 (FS-2)
Plan: NO APLICA
Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO
Tipo de Usuario: ESPECIALES O EXCEPCIÓN DE BENEFICIARIO

ATENCION

Fecha	Sede
lunes, 11 de marzo del 2024 a las 18:05	NEUROIMAGENES S.A. - ARMENIA (QUINDIO) - NISA CREDITO DR

MEDIDAS

Peso	Talla	Indice de Superficie Corporal	Indica de Masa Corporal

DIAGNOSTICO(S)

Código	Nombre	Ubicación	Estadificación
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA		

NOTA DE FISIATRIA

Consultas

SAMUEL CHORE
15 AÑOS
ARMENIA
EPS: PONAL

DIAGNOSTIVCOS:
SECUELAS DE HIPOXIA, POSTPARO
POP TARDIO CIRUGIA DE OBSTRUCCION INTESTINAL
ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG
PARÁLISIS CEREBRAL EN BANDA PRESIDENCIAL BRAZO IZQUIERDO Y PIERNA DERECHA
DISCAPACIDAD INTELECTUAL (PUNTUACION POR INDICE DE WISC IV: 42 (MUY BAJO)
ESCOLIOSIS, ACORTAMIENTO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO

fdo 11-06-24 SAM

ANALISIS COMPUTARIZADO DE LA MARCHA: OBLICUIDAD PELVICA CON ELEVACION DERECHA, DEFORMIDAD EN FLEXION DE CADERA, ANTEVERSION FEMROAL DERECHA, TORCION TIBIAL EXTERNA DERECHA.

PACIENTE CON MARCHA INDEPENDIENTE CON EVIDENTE BASCULACION POR ACORTAMIENTO DE MIMEBRO INFERIOR DERECHO. MARCHA EN FLEXION DE RODILLA IZQUIERDA, COMPENSATORIA POR ASIMETRIA DE LONGITUD.
ASWORTH 2 EN ISQUIOTIBIALES Y GASTROCNEMIO IZQUIERDO

PACIENTE CON COMPROMISO MIOARTICULAR SECUNDARIO A PATOLOGIA DE BASE, EN EL MOEMTNO CON ASIMETRIA DE EXTREMIDADES NO OBJETIVIZADA, REQUIERE RX PANORAMICA DE MIMEBROS INFERIORES. ADEMAS SE SOLICTA A LA MADRE TARER ORTESIS OTP QUE EL PACIENTE TIENE, ADEMAS SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE SU USO. SE ENVIA A VALORACION POR NEUROPEDIATRIA PARA EVALUACION DE REQUERIMIENTO DE TOXINA BOTULINICA PARA MEJORIA DEL PATRON DE MARCHA. SE REALIZA RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS CON ACORTAMIENTO DE MIMEBRO INFERIO RDERECHO DE 9MM. SIN AMBERGO CON ASIMETRI E IMBALNCE PELVICO QUE COMPROMETE LA MARCHA FUNCIOAL. SE SOLICITA ANALSISI COMPUTARIZADO DE LA MARCHA REPORTADA ARRIBA. SE COMENTA EN JUNTA MEDICA Y SE CONSIDERA DADA LA PREDOMINIANCIA DEL PATRON FLEXOR DE LA RODILLA DURANTE TODAS LAS FASES DE LA MARCHA Y LA SIMETRIA ADECUADA AL MEJORAR LA EXTENSION DE RODILLA IZQUIERDA SOLICTAR ORTESIS DE RODILLA GRADUABLE EN EXTENSION QUE PERMITA BLOQUER EN NEUTRO.

1. ORTESIS DE RODIILLA TIPO BRACE ARTICULADO QUE PERMITA BLOQUEAR EN EXTENSION PARA COMPENSACION DE LA MARCHA PERO PERMITA DESBLOQUEAR PARA FLEXIONAR EN SEDESTACION.
ENTREGAR EN JUNTA MEDICA DE FISIATRIA
2. TERAPIA FISICA CON OBJETIVOS DE MODUCLACION DEL TONO MUSCULAR, MANTENIMIENTO DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR, FORTALECIMIENTO DE LA MUSCULATURA PARETICA, GANANCIA DE PATRONES FUNCIONALES EN LA MARCHA,

Powered by CamScanner


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TI 1092457863 CASUR
Documento de identificación

CHORE QUIÑONEZ
Apellidos

SAMUEL
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

09-SEP-2025 CC9729478
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoría del Titular


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.092.457.863

CHORE QUIÑONEZ
APELLIDOS

SAMUEL
NOMBRES

Samuel
FIRMA


09-SEP-2007
Fecha de nacimiento

388938987
Numero de carné

B +
GS Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-2007
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-SEP-2025 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

11-SEP-2014 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1100100-00626133-M-1092457863-20140924 0040225703A 1 7763056382

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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA 04	MES 07	AÑO 21	

YO Orfa Nelly Toro hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

1 Cojin Abductor de Cadera

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 : José David Rodriguez

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 9.730.322

TELÉFONO: 3117311543

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Pulsin

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7819646 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 24/6/2024 14:25:27

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	ORFA NELLY TORRES OSPINA	**Identificación Paciente**	24481809
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MANZANA M CASA 5	**Teléfono**	3103216326
Fecha de Nacimiento	12/11/1945		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR113	FERULA ABDUCTORA PARA CADERA (COJIN)	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones

PACIENTE CON DX M169 - COXARTROSIS NO ESPECIFICADA A QUIEN LE ORDENAN COJIN SEPARADOR DE PIERNAS --OR113 ORTESIS COJÍN ABDUCTOR DE CADERA---ELABORADO EN ESPUMA DE ALTA DENSIDAD, DISEÑO ANATÓMICO CON CANALES LATERALES QUE PERMITEN POSICIONAR LAS PIERNAS. FORRO IMPERMEABLE REMOVIBLE CON CORREAS AJUSTABLES EN VELCRO. AL MOMENTO DE LA ENTREGA, SE DEBE ANEXAR EL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE USO Y CUIDADOS DEL MISMO.$ 121.228--- PACIENTE VA A SER SOMETIDA A REEMPLAZO DE CADERA--

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico	41930231
Cargo	MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

800000118

Fecha Actual : lunes, 05 febrero 2024

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

JUNTA DE PROFESIONALES

Nº Historia Clinica: 24481809 **Nº Folio:** 73 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: HORFANELLY TORRES OSPINA **Identificación:** 24481809 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 12/noviembre/19 **Edad Actual:** 78 Años / 2 Meses / 24 Dias 45 **Estado Civil:** Casado

Dirección: BRR 25 DE MAYO MZ M CS 5 **Teléfono:** 3112311543 7291917

Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO **Régimen:** Regimen_Simplificado

Nivel - Estrato: REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:** **Cama**

Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2491269 **Fecha:** 5/02/2024 2:54:24 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Otra

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS: **Fecha de Solicitud:** 5/02/2024 3:49:17 p. m.

Servicio:	Cups:815103	IPS:815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario

Observaciones: LA CIRUGIA DE REMPLAZO TOTAL DE CADERA DERECHA,

Requerimientos: SE SOLICITA PROTESIS TOTAL DE CADERA DERECHAPROTESIS CEMENTADA Y NO CEMENTADASET COMPLETO CON INSTRUMENTALCAMPO EN U-- PROFILAXIS 2 GRAMOS DE CEFAZOLINA, DURACION 2 HORASUN IOBANEL DIA DE LA CIRUGIA DEBE EVAR UN CAMINADOR, UN COJIN SEPARADOR DE PIRENAS , UN PAR DE MEDIAS ANTIEMBOICAS LARGAS HASA TA INGLE INDIVIDUALES TALLA L.

RESULTADO PROCEDIMIENTO QUIRUGICOS

FECHA RESULTADO:

Descripcion

Analisis

Peso 51
TA 147/51
Fc 71 x'
oxi 92%

Rdo 6-2-24 Notdia

Total Ítems: 1

Dra. Laura C. Gutiérrez G. Ortopedia y Traumatología R.M. 1468/12 U.S.

Dr. RUBEN DARIO CARVAJAL IRIARTE Ortopedia y Traumatología - C.C. 19.357.094 Cel. 3207186

Valoracion Anestesia
18 Marzo
Hora 2:20pm
Dr Fabian
Consulta Externa

Dr. Andrés Hernández Díaz Ortopedia y Traumatología Escuela Latinoamericana de Cirugía R.M. 1907186

R/12/03/2024.

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

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

Powered by CamScanner

Página 1 de 1	PROCESO: PROCEDIMIENTOS DE PERSONAL	POLICÍA NACIONAL
Código: 2PP-FR-0021		
Fecha: 11-05-2015	CONSTANCIA DE CARNÉ EN TRÁMITE	
Versión: 0		

Fecha de expedición: **17 de Abril de 2024** Fecha de vencimiento: **17 de Agosto del 2024**

Motivo de la Solicitud: **CAMBIO CONDICION**

Número Carné: 388966346 Teléfono 3103216326 Ciudad: ARMENIA - QUINDIO

El Suscrito RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL Hace constar que:

El Señor(a) IJ. RODRIGUEZ TORRES JOSE DAVID CC. 9730322 Situación laboral RETIRADO

Solicita la elaboración del documento de identificación policial y a la fecha se encuentra en trámite.

Para el beneficiario TORRES OSPINA ORFA NELLY documento de identidad No.24481809, parentesco MADRE

NOTA

PT. LEIDY LORENA CELY GORDILLO
RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL
Elaboró

PT LEIDY LORENA CELY GORDILLO
RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.481.809

TORRES OSPINA

APELLIDOS

ORFA NELLY

NOMBRES



FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1945

CAICEDONIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-ENE-1974 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

R-2600100-01048768-F-0024481809-20181205 0063388063A 1 50611515

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 04	MES 07	AÑO 24

YO Orfa Nelly Jaramillo hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

1 Comincador segun Formula

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 : José David Rodriguez

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 9730.322

TELÉFONO: 3112311543

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 7819538 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 24/6/2024 14:15:58

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 ORFA NELLY TORRES OSPINA
Identificación Paciente 24481809
Departamento QUINDIO
Municipio ARMENIA
Dirección MANZANA M CASA 5
Teléfono 3103216326
Fecha de Nacimiento 12/11/1945

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR64	CAMINADOR ADULTO	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones PACIENTE CON DX M169 - COXARTROSIS NO ESPECIFICADA A QUIEN LE ORDENAN CAMINADOR ADULTO --VA A SER SOMETIDA A REEMPLAZO DE CADERA--
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico 41930231
Cargo MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono

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

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

800000118

Fecha Actual : lunes, 05 febrero 2024

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

JUNTA DE PROFESIONALES

N° Historia Clinica: 24481809 **N° Folio:** 73 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: HORFANELLY TORRES OSPINA **Identificación:** 24481809 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 12/noviembre/19 **Edad Actual:** 78 Años / 2 Meses / 24 Días 45 **Estado Civil:** Casado

Dirección: BRR 25 DE MAYO MZ M CS 5 **Teléfono:** 3112311543 7291917

Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO **Régimen:** Regimen_Simplificado

Nivel - Estrato: REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:** **Cama**

Dirección Resp: **N° Ingreso:** 2491269 **Fecha:** 5/02/2024 2:54:24 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Otra

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS: **Fecha de Solicitud:** 5/02/2024 3:49:17 p. m.

Servicio:	Cups:815103	IPS:815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario

Observaciones: LA CIRUGIA DE REMPLAZO TOTAL DE CADERA DERECHA,

Requerimientos: SE SOLICITA PROTESIS TOTAL DE CADERA DERECHAPROTESIS CEMENTADA Y NO CEMENTADASET COMPLETO CON INSTRUMENTALCAMPO EN U-- PROFILAXIS 2 GRAMOS DE CEFAZOLINA, DURACION 2 HORASUN IOBANEL DIA DE LA CIRUGIA DEBE EVAR UN CAMINADOR, UN COJIN SEPARADOR DE PIRENAS , UN PAR DE MEDIAS ANTIEMBOICAS LARGAS HASA TA INGLE INDIVIDUALES TALLA L.

RESULTADO PROCEDIMIENTO QUIRUGICOS

FECHA RESULTADO:

Descripcion

Analisis

Peso 51
TA 147/51
Fc 71 x'
oxi 92%

Rdo
6-2-24
No dia

Total Ítems: 1

Valoracion Anestesia 18 Marzo Hora 2:20pm Dr Fabian consulta Externa

Dra. Laura C. Gutiérrez G. Cirugía y Traumatología R.M. 1468/12 U.I.S.

DR. RUBEN DARIO CARVAJAL IRIARTE Ortopedia y Traumatología T.P. No. 19-393-853 Cnd. 1907186

Dr. Andrés Ortopedia y Escuela Latinoamericana Cuba R.P. 19

P/12/03/2024.

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

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

Powered by CamScanner

Página 1 de 1	PROCESO: PROCEDIMIENTOS DE PERSONAL	POLICÍA NACIONAL
Código: 2PP-FR-0021		
Fecha: 11-05-2015	CONSTANCIA DE CARNÉ EN TRÁMITE	
Versión: 0		

Fecha de expedición: **17 de Abril de 2024** Fecha de vencimiento: **17 de Agosto del 2024**

Motivo de la Solicitud: **CAMBIO CONDICION**

Número Carné: 388966346 Teléfono 3103216326 Ciudad: ARMENIA - QUINDIO

El Suscrito RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL Hace constar que:

El Señor(a) IJ. RODRIGUEZ TORRES JOSE DAVID CC. 9730322 Situación laboral RETIRADO

Solicita la elaboración del documento de identificación policial y a la fecha se encuentra en trámite.

Para el beneficiario TORRES OSPINA ORFA NELLY documento de identidad No.24481809, parentesco MADRE

NOTA

PT. LEIDY LORENA CELY GORDILLO
RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL
Elaboró

PT LEIDY LORENA CELY GORDILLO
RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.481.809

TORRES OSPINA

APELLIDOS

ORFA NELLY

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1945

CAICEDONIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-ENE-1974 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

R-2600100-01048768-F-0024481809-20181205 0063388063A 1 50611515

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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA 04	MES 07	AÑO 21	

YO Orfa Nelly Torres hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

1 Medias Antembolicas segun Formula.

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

GARANTÍA: N/A.

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : José David Rodriguez

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 9.730.322

TELÉFONO: 3112311543

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 7819569 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 24/6/2024 14:18:53

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	ORFA NELLY TORRES OSPINA	**Identificación Paciente**	24481809
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MANZANA M CASA 5	**Teléfono**	3103216326
Fecha de Nacimiento	12/11/1945		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR504	MEDIAS ANTIEMBOLICA DE COMPRESION GRADUADA AL MUSLO TALLA "L"	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones PACIENTE CON DX M169 - COXARTROSIS NO ESPECIFICADA A QUIEN LE ORDENAN MEDIAS ANTIEMBOLICA DE COMPRESION GRADUADA AL MUSLO TALLA "L" --1 PAR-- VA A SER SOMETIDA A REEMPLAZO DE CADERA--

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico	41930231
Cargo	MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

800000118

Fecha Actual : lunes, 05 febrero 2024

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

JUNTA DE PROFESIONALES

Nº Historia Clinica: 24481809 **Nº Folio:** 73 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: HORFANELLY TORRES OSPINA **Identificación:** 24481809 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 12/noviembre/19 **Edad Actual:** 78 Años / 2 Meses / 24 Días 45 **Estado Civil:** Casado

Dirección: BRR 25 DE MAYO MZ M CS 5 **Teléfono:** 3112311543 7291917

Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN23-1 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO **Régimen:** Regimen_Simplificado

Nivel - Estrato: REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:** **Cama**

Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2491269 **Fecha:** 5/02/2024 2:54:24 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Otra

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS: **Fecha de Solicitud:** 5/02/2024 3:49:17 p. m.

Servicio:	Cups:815103	IPS:815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario

Observaciones: LA CIRUGIA DE REMPLAZO TOTAL DE CADERA DERECHA,

Requerimientos: SE SOLICITA PROTESIS TOTAL DE CADERA DERECHAPROTESIS CEMENTADA Y NO CEMENTADASET COMPLETO CON INSTRUMENTALCAMPO EN U-- PROFILAXIS 2 GRAMOS DE CEFAZOLINA, DURACION 2 HORASUN IOBANEL DIA DE LA CIRUGIA DEBE EVAR UN CAMINADOR, UN COUN SEPARADOR DE PIRENAS , UN PAR DE MEDIAS ANTIEMBOLICAS LARGAS HASA TA INGLE INDIVIDUALES TALLA L.

RESULTADO PROCEDIMIENTO QUIRUGICOS

FECHA RESULTADO:

Descripcion

Analisis

Peso 51
TA 147/51
f:c 71 x'
oxi 92%

Rdo 6-2-24 Notdia

Total Ítems: 1

Dra. Laura C. Gutiérrez G.
Ortopedia y Traumatología
R.M. 1468/12
U.S.

Dr. Ruben Dario Carvajal Iriarte
Ortopedia y Traumatología
T.C. No. 13.838.863 Cel. 3007486

Valoracion Anestesia
18 Marzo
Hora 2:20pm
Dr Pabon
consulta Externa

Dr. Andrés Mauricio Díaz
Ortopedia y Traumatología
Escuela Latinoamericana de Cirugía
Cirugía R.M. 1907186

R/12/03/2024.

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

Powered by CamScanner

Página 1 de 1	PROCESO: PROCEDIMIENTOS DE PERSONAL	POLICÍA NACIONAL
Código: 2PP-FR-0021		
Fecha: 11-05-2015	CONSTANCIA DE CARNÉ EN TRÁMITE	
Versión: 0		

Fecha de expedición: **17 de Abril de 2024** Fecha de vencimiento: **17 de Agosto del 2024**

Motivo de la Solicitud: **CAMBIO CONDICION**

Número Carné: 388966346 Teléfono 3103216326 Ciudad: ARMENIA - QUINDIO

El Suscrito RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL Hace constar que:

El Señor(a) IJ. RODRIGUEZ TORRES JOSE DAVID CC. 9730322 Situación laboral RETIRADO

Solicita la elaboración del documento de identificación policial y a la fecha se encuentra en trámite.

Para el beneficiario TORRES OSPINA ORFA NELLY documento de identidad No.24481809, parentesco MADRE

NOTA

PT. LEIDY LORENA CELY GORDILLO
RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL
Elaboró

PT LEIDY LORENA CELY GORDILLO
RESPONSABLE ADMINISTRACION DE PERSONAL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.481.809

TORRES OSPINA

APELLIDOS

ORFA NELLY

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1945

CAICEDONIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-ENE-1974 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

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 04	MES 07	AÑO 24

YO Dora Ines Contreras L hago constar que he recibido a satisfacción, de la **ORTOPÉDICA SAN CARLOS DEL QUINDÍO**, el dispositivo ortopédico:

1 Medias Compresion Segun Formula

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

GARANTÍA: N/A

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

FIRMA/ NOMBRE QUIEN RECIBE : Dora Ines Contreras T.O.B

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: C 43282046

TELÉFONO: 3053298122

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Particular

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 7854260 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/6/2024 12:17:09

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	DORA INES CONTRERAS LOPEZ	**Identificación Paciente**	43282046
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CARRERA 13 N 26-13	**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento	5/7/1967		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
MQ827	MEDIAS MEDIANAS COMPRESION 15 A 20 MM	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones PACIENTE CON DX I872 - INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA) A QUIEN LE ORDENAN MEDIAS ELASTICAS MEDIANA COMPRESION 15 - 20 MMHG MEDIA PANTALON 1 PAR MQ287 MEDIAS MEDIAS DE COMPRESIÓN GRADUADA PARA DAMA 15-20 MMHG PRESIÓN MUSLO MEDIAS ELABORADAS EN MICROFIBRA Y ALGODÓN, MEDICAMENTE DISEÑADAS, APARIENCIA COSMÉTICA. $ 152.004

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Registro Médico	41930231
Cargo	MEDICO AUDITOR REF Y CONTRAR
Teléfono	

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

Powered by CamScanner

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS
800000118

INDICACIÓN MEDICA

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 43282046 **Nº Folio:** 35 **Cama:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DORA INES CONTRERAS LOPEZ **Identificacion:** 43282046 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 05/julio/1967 **Edad Actual:** 56 Años / 7 Meses / 3 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: B/URIBE CARRERA 13 #26-13 **Teléfono:** 3053298122-3054078225
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2491616 **Fecha:** 06/02/2024 09:18:14 a.m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Otra

Fecha de Indicacion: 06/02/2024 10:14:49 a.m.

INDICACIÓN MEDICA

Salida

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA, CESE HÁBITO TABÁQUICO, PÉRDIDA DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA.
MEDIAS ELÁSTICAS DE MEDIANA COMPRESION 15 - 20 MMHG (MEDIA PANTALÓN)
SS VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA
SS DOPPLER ARTERIOVENOSO DE MIEMBROS INFERIORES
CITA DE CONTROL EN 3 MESES

DIAGNOSTICOS

Z540 - CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

Medico: CHOLES PEREZ FRANKLIN ENRIQUE
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA
R.M: 3704-95

Powered by CamScanner

Página 1 de 1	CARACTERIZACION DE LA POBLACION Y ACTUALIZACION DE DERECHOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2PS-FR-0005		
Fecha: 10/01/2023	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PARA BENEFICIARIOS	
Versión: 2		

80191

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE DE AFILIACIONES Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) HERNANDO ARBELAEZ MUÑOZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 18396173, se encuentra afiliado (a) en calidad de **Titular Cotizante** en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado INTENDENTE con estado laboral ASIGNACION RETIRO y tiene como beneficiarios a:

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	ESTADO DE AFILIACIÓN
CONYUGE	DORA INES CONTRERAS LOPEZ	43282046	ACTIVO

Por no contemplar las normas que regulan el Subsistema de Salud e la Policía Nacional (Decreto 1795 de 2000 o normas que lo modifiquen o adicionen), la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen; **no afiliará al cónyuge, compañero(a) permanente, padres e hijos de los cotizantes contemplados**, que tengan una **relación laboral, pensión o ingresos adicionales** sobre los cuales estén obligados a cotizar en el Sistema General de Seguridad Social.

El cónyuge, compañero(a) permanente, padres o hijos de los afiliados que sean trabajadores, que generen ingresos como independientes **DEBERAN PERMANECER OBLIGATORIAMENTE** en el Régimen Contributivo y en consecuencia no procede la afiliación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional. **(Aplicación Decreto 780 de 6 de mayo de 2016 (artículo 2.1.1.2 APLICABILIDAD) o normas vigentes que lo modifiquen o adicionen), no procede traslado de aportes al FOSYGA.**

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, a los 19 días de mes de junio del año 2024, para ser presentada a Policia.

Atentamente,

Lili Hernández Mend.

Teniente LILI JOHANA HERNÁNDEZ MÉNDEZ
Responsable Validación de Derechos DISAN

ESTA CONSTANCIA NO ES VÁLIDA PARA TRÁMITE LABORAL, PENSIONAL Y PRACTICAS ACADÉMICAS REMUNERADAS. NO PROCEDE TRASLADO DE APORTES A ADRES PARA BENEFICIARIOS DE SALUD PONAL.

Certificado generado mediante FIN sito 80191 miércoles, 19 junio, 2024 09:36:01

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.282.046
CONTRERAS LOPEZ
APELLIDOS
DORA INES
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1967
ANDES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-AGO-1986 ANDES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0150150-00021762-F-0043282046-20080710 0000021206A 1

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 de

ACTA DE ENTREGA Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN

FECHA:	DIA	MES	AÑO
	04	03	2024

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

Tenis para Tunel de carpo
2

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 : María Isabel Lozano B

N.º DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO: 41410355

TELÉFONO: 3164404895

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA : Polaca

Powered by CamScanner

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD
FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Código de Atención: 7556353 **Fecha y hora de elaboración:** 16/5/2024 11:28:10

Información del prestador:

Nombre: 4423750 - ANTONIO JOSE CASTAÑO SIERRA

Departamento: QUINDIO **Municipio:** ARMENIA

Dirección: CARRERA 15 NO. 10-47/49 **Teléfono:** 7456830

Información del paciente:

Nombre: YOLANDA BARRAGAN DE LUCUARA

Departamento: QUINDIO **Identificación:** 24473795

Municipio: ARMENIA **Municipio:** ARMENIA

Fecha de Nacimiento: 17/7/1948 **Teléfono:** 7486145

Servicios autorizados:

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
OR128	OR128 FERULA METACARPIANA EN C DINAMICA	2

Datos de Internación

Fecha desde: 16/05/2024 1:00:00 a. m. **Fecha hasta:** 16/05/2024 11:59:00 p. m.

Observaciones:

OR128 FERULA METACARPIANA EN C DINAMICA -- OR128 FÉRULA FÉRULA PARA TÚNEL DEL CARPO ACOLCHADA, FABRICADA EN LAMINADO SUAVE COMPATIBLE CON EL VELCRO. SOPORTE CON FÉRULA ANTERIOR QUE MANTIENE LA POSICIÓN FUNCIONAL DE LA MANO $ 25.000. Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-8-200046-24

Datos funcionario que autorizó el servicio:

Nombre: CINDY NATALIA VILLA TARIAS

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

AUTORIZACIÓN ORIGINAL

Powered by CamScanner

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
24473795	CEDULA CIUD.	24473795	YOLANDA BARRAGAN DE LUCUARA	FEMENINO	1948/07/17	75 A?os 11 Meses 3 Dias

ELECTROFISIOLOGICOS DE LESION FOCAL Y SEGMENTARIA DEL NERVIO MEDIANO A NIVEL DE LA MUQECA COMPATIBLE CON SINDROME TUNEL DEL CARPO MODERADO BILATERAL.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO BILATERAL, SINTOMATICO DERECHO, SE INICIA MANEJO CONSERVADOR CON TERAPIA FISICA Y USO DE BRACE PARA TUNEL DEL CARPO.

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	No	–

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta **NO APLICA

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa –

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
FISIOTERAPIA O TERAPIA FISICA	Interconsulta	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	15 SESIONES PARA DISMINUIR DOLOR EN MANOS POR SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
ACETAMINOFEN X 500 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 CADA 6 HORAS	120	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

USAR BRACE PARA TUNEL DEL CARPO EN LAS MANOS EN LA NOCHE PARA DORMIR POR 90 DIAS

RESPUESTA INTERCONSULTA

Estado Interconsulta CERRADA

..

EVENTO 555

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD		ESP
2024/02/29 11:48:17a.m.	–	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUINDIO)	ESPRI ARMENIA	

No. HC FISICA
24473795 PF 00

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ******* - FECHA EVOLUCIÓN 2024/02/29 11:48:17a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41909730	LUZ STELLA ARISTIZABAL ALZATE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

Powered by CamScanner

NISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC24473795 CASUR
Documento de Identificación

BARRAGAN DE LUCUARA
Apellidos

YOLANDA
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE CC7498374
Fecha de vencimiento Titular

AGENTE(R)
Grado del Titular



17-JUL-1948 300535222
Fecha de nacimiento Número de carné

O+ F
G.S. Rh Sexo

SANIDAD SOCIAL VACACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 24.473.795

BARRAGAN De LUCUARA
APELLIDOS

YOLANDA
NOMBRES

Yolanda Barragan de L
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1948

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-ENE-1970 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2600100-00147938-F-0024473795-20090126 0009690071A 1 4430000487

Powered by CamScanner