KAMEX INTERNATIONAL S.A.S

NIT : 800,060,704 - 5
VTE A CAJICA LT 2 VDA CALAHORRA
CAJICA - COLOMBIA
5932525
SUBDIRECCION.CONTABLE@KAMEXINTERNATIONAL

Cliente	LA NACION - MDN - DGSM - DIRECCION DE SANIDAD NAVAL		
NIT	830,039,670 - 5	Teléfono	3278390
Dirección	CR 13 26 50	Vendedor	LICITACION BOGOTA ZONA
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	Centro Costo	2520,00
Correo		Documento Cruce	0

FACTURA DE VENTA

CKVN - 68173

Fecha Factura
2020-06-30

ReferenciaDeFa	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	PorcentImpu	Valor Total
C055-19	BASTÓN CANADIENSE ADULTO	ud	4	85,000.00	0,00	340,000.00
C055-20	BASTON CANADIENSE PEDIATRICA	ud	2	90,000.00	0,00	180,000.00
C055-21	MULETAS AXILARES ADULTO	par	6	65,000.00	0,00	390,000.00
C055-22	MULETAS AXILARES PEDIATRICA	ud	2	55,000.00	0,00	110,000.00
C055-23	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE ADULTO	ud	3	90,000.00	0,00	270,000.00
C055-25	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE CON RUEDAS	ud	1	130,000.00	0,00	130,000.00

Total Bruto	1,420,000.00
Total a Pagar	**$ 1.420.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Nacionales 1.420.000,00 Cuota 1 Vence el 2020-09-30

VALOR EN LETRAS

Un Millon Cuatrocientos Veinte Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Recibido
Kelly V
21/07/20

Elaborado por

21 Julio-2020.
Firma Recibido

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. **Autorización de facturación No.** 18763002164401 **aprobado en** 2019-11-30 **prefijo** CKVN **desde el número** 65000 **al** 95000
Responsables de iva - Actividad Económica 3250 Tarifa 000.000

CUFE :

COPIA

KAMEX INTERNATIONAL S.A.S

NIT : 800,060,704 - 5
VTE A CAJICA LT 2 VDA CALAHORRA
CAJICA - COLOMBIA
5932525
SUBDIRECCION.CONTABLE@KAMEXINTERNATIONAL

Cliente	LA NACION - MDN - DGSM - DIRECCION DE SANIDAD NAVAL		
NIT	830,039,670 - 5	**Teléfono**	3278390
Dirección	CR 13 26 50	**Vendedor**	LICITACION BOGOTA ZONA
Ciudad	BOGOTA D.C. - COLOMBIA	**Centro Costo**	2520,00
Correo		**Documento Cruce**	0

FACTURA DE VENTA

CKVN - 68173

Fecha Factura
2020-06-30

ReferenciaDeFa	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	PorcentImpu	Valor Total
C055-19	BASTÓN CANADIENSE ADULTO	ud	4	85,000.00	0,00	340,000.00
C055-20	BASTON CANADIENSE PEDIATRICA	ud	2	90,000.00	0,00	180,000.00
C055-21	MULETAS AXILARES ADULTO	par	6	65,000.00	0,00	390,000.00
C055-22	MULETAS AXILARES PEDIATRICA	ud	2	55,000.00	0,00	110,000.00
C055-23	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE ADULTO	ud	3	90,000.00	0,00	270,000.00
C055-25	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE CON RUEDAS	ud	1	130,000.00	0,00	130,000.00

Total Bruto	1,420,000.00
Total a Pagar	**$ 1.420.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Nacionales 1.420.000,00 Cuota 1 Vence el 2020-09-30

VALOR EN LETRAS

Un Millon Cuatrocientos Veinte Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo Nit: 830.048.145 -8

Elaborado por

Firma Recibido

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. **Autorización de facturación No.** 18763002164401 **aprobado en** 2019-11-30 **prefijo** CKVN **desde el número** 65000 **al** 95000
Responsables de iva - Actividad Económica 3250 Tarifa 000.000

CUFE :

ORIGINAL

NIT 830,039,670 SUC 11 CONTRATO 055-DISAN-ARC-2019 CC 2520 - 44 BOD 297 30/06/2020

#	NOMBRE	CONSEC	DOCUMENTO	ITEM	DESCRIPCION	REFERENCIA	CANT	V/UNITARIO	V.TOTAL	IVA	V/TOTAL	CODIGO SIIGO	No. TRASLADO
1	ALMACEN			19	BASTON CANADIENSE ADULTO	FS923L	4	$ 85.000,00	$ 340.000,00	$ -	$ 340.000,00		
2	ALMACEN			20	BASTON CANADIENSE PEDIATRICA	BCP	2	$ 90.000,00	$ 180.000,00	$ -	$ 180.000,00		
3	ALMACEN			21	MULETAS AXILARES ADULTO	FS925L(M)	4	$ 65.000,00	$ 260.000,00	$ -	$ 260.000,00		
4	ALMACEN			22	MULETAS AXILARES PEDIATRICA	FS925L(S)	2	$ 55.000,00	$ 110.000,00	$ -	$ 110.000,00		
5	ALMACEN			23	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE ADULTO	FS913L	3	$ 90.000,00	$ 270.000,00	$ -	$ 270.000,00		
6	ALMACEN			25	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE CON RUEDAS	FT440	1	$ 130.000,00	$ 130.000,00	$ -	$ 130.000,00		
7	CORREA OROZCO GILMA LUISA	225L-195	CC,45,459,565	21	MULETAS AXILARES ADULTO	FS925L(M)/	1	$ 65.000,00	$ 65.000,00	$ -	$ 65.000,00	2411110000143	O11-2430
8	VILLALOBOS MURILLO JULIO ALBERTO	225L-196	CC,1.033,367,447	21	MULETAS AXILARES ADULTO	FS925L(M)/	1	$ 65.000,00	$ 65.000,00	$ -	$ 65.000,00	2411110000143	O12-2429
									$ 1.420.000,00	$ -	**$ 1.420.000,00**		

Alba Stella Gutiérrez Herrán
Contadora Pública
Universidad Javeriana

LA SUSCRITA REVISORA FISCAL

HACE CONSTAR QUE

La Empresa **KAMEX INTERNATIONAL S.A.S**. NIT: **800.060.704-5**. Se encuentra a paz y salvo con los empleados por concepto de aportes a Salud (EPS) hasta el mes de Junio 2020, Pensión (FONDOS) Riesgos laborales (ARL) y Caja compensación Familiar Colsubsidio (CAJA/SENA/ICBF) hasta el mes de Mayo 2020.

Se expide a los treinta (30) días del mes de Junio del año dos mil veinte (2020) en Bogotá, D.C., dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002. La presente certificación se expide con destino a **LA NACION – MDN – DGSM – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** con **NIT 830.039.670-5**

ALBA STELLA GUTIERREZ HERRAN
Revisora Fiscal
T.P. No. 44336-T

Calle 120 No 70c - 15 Tel 759-48 Cel (317) 636 4050
Bogotá D.C.

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**	
	CADENA SUMINISTROS	
	ORDEN DE SUMINISTRO PARA PROVEEDORES	
	Versión: 2.0	**Fecha: 22/07/2016**

1. **CONTRATO No.** 055-DISAN-ARC
2. **CONTRATISTA** KAMEX INTERNATIONAL S.A.S.
   NIT 800060704-5

3. **No. PEDIDO** 12

4. No. ITEM	5. No. ITEM CONTRATO	6. DESCRIPCIÓN	7. MARCA	8. PRESENTACIÓN (INCLUÍDO NUM. UNIDADES)	9. CANTIDAD	10. VALOR PRESENTE INCLUIDO IVA	11. OBSERVACIONES
1	19	BASTON CANADIENSE ADULTO		UNIDAD	4	$ 340.000,00	
2	20	BASTON CANADIENSE PEDIATRICA		UNIDAD	2	$ 180.000,00	
3	21	MULETAS AXILARES ADULTO		PAR	6	$ 390.000,00	
4	22	MULETAS AXILARES PEDIATRICA		PAR	2	$ 110.000,00	
5	23	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE ADULTO		UNIDAD	3	$ 270.000,00	
6	25	CAMINADOR PLEGABLE Y GRADUABLE CON RUEDAS		UNIDAD	1	$ 130.000,00	
					TOTAL	**$ 1.420.000,00**	

12. ESM/ CIUDAD DESTINO: **_ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ARC-FAC**

13. FECHA PEDIDO: **26/06/2020**

14. PERSONA CONTACTO (Almacenista): **__SMSM EDWIN GOMEZ**

15. NUMERO CONTACTO **3115628790**

16. DIRECCIÓN DEL ENVÍO **CR 58 # 9 – 83 PUENTE ARANDA**

17. AUTORIZA (Nombre Completo y Grado Supervisor) **SMSM DRA. NIDIA PALACIOS PUENTES**

18. ALMACENISTA QUE RECIBE (Nombre Completo y Grado) **SMSM GOMEZ SUAREZ EDWIN FABIAN**

19. FECHA RECIBIDO **30/06/2020**

20. FIRMA _____

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**	
	CADENA SUMINISTROS	
	ORDEN DE SUMINISTRO PARA PROVEEDORES	
	Versión: 2.0	**Fecha: 22/07/2016**

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO

1. **CONTRATO No.** Número del contrato el cual se está ejecutando (diligencia supervisor)
2. **CONTRATISTA** Proveedor que entrega el pedido (diligencia supervisor)
3. **No. PEDIDO** Número del pedido consecutivo acuerdo control del supervisor del contrato (diligencia supervisor)
4. **No. ITEM** Numero consecutivo de los materiales (diligencia supervisor)
5. **No. ITEM CONTRATO** Número ítem del material según anexo del contrato (diligencia supervisor)
6. **DESCRIPCIÓN** Nombre del insumo o material a pedir acuerdo anexo del contrato (diligencia supervisor)
7. **MARCA** Marca del bien en caso de presentarse en el anexo del contrato (diligencia supervisor)
8. **PRESENTACIÓN (INCLUÍDO NUM. UNIDADES)** Tipo de presentación del insumo, ej.: (und, caja x 100 ,bolsa,) (diligencia supervisor)
9. **CANTIDAD** Numero de insumos a pedir (diligencia supervisor)
10. **VR. PRESENTE INCLUIDO IVA** Valor total más IVA. (diligencia supervisor)
11. **OBSERVACIONES** Anotaciones, novedades, faltantes de insumos. (diligencia supervisor)
12. **ESM/ CIUDAD DESTINO:** Nombre del ESM y ciudad de ubicación. (diligencia supervisor)
13. **FECHA PEDIDO:** Fecha de la solicitud del pedido. (diligencia supervisor)
14. **PERSONA CONTACTO (Almacenista)**: contacto grado del almacenista del ESM que recibe los bienes. (diligencia supervisor)
15. **NUMERO CONTACTO** Número de teléfono almacenista del ESM que recibe los bienes (diligencia supervisor)
16. **DIRECCIÓN DEL ENVÍO** Dirección de completa envió del pedido. (diligencia supervisor)
17. **AUTORIZA** Nombre completo legible, grado y firma del supervisor del contrato (diligencia supervisor)
18. **ALMACENISTA QUE RECIBE** Nombre legible y grado del almacenista del ESM que recibe los bienes. (diligencia almacenista)
19. **FECHA RECIBIDO** Día mes y año del recibido delos insumos. . (diligencia almacenista)
20. **FIRMA** Firma del almacenista encargado (diligencia almacenista)

2256-196

	DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL	
	CADENA DE SUMINISTROS	
	AUTORIZACION DE INSUMOS	
	Versión: 1.0	Fecha: 12/07/2017

0

AUTORIZACION DE INSUMOS CONTRATO 055-DISAN-ARC-2019

KAMEX	POLO - AVENIDA CRA 24 No 83-49 TEL 7498830
	UNIDAD CONTRY PRIMER PISO CARRERA 16 N 82-95 TEL 6218592

ORDEN

GRUPO	ITEM	CIE 10	ELEMENTO	DESCRIPCION	CANTIDAD
I	21	S835	MULETAS AUXILIAR ADULTO	PAR	1

FECHA FORMULA	5/06/2020
No. FORMULA	9064625
ORIGEN	HOMIC
MEDICO	EDGAR CLAVIJO
ESPECIALISTA	ORTOPEDIA
FECHA AUTORIZACION	17/06/2020

NOMBRE PACIENTE	JULIO ALBERTO VILLALOBOS MURILLO
No DOCUMENTO	1033367447
EDAD EN NUMEROS	33
No TELEFONICO	3102554872
DIRECCION	CRA 119 N° 17A BARRIO FONTIBON
CORREO ELECTRONICO	
OBSERVACION:	

SS GOMEZ EDWIN
Jefe Suministros Externos

RECLAMAR HASTA EL: 20/06/2020

Establecimiento de sanidad Militar ARC-FAC Oficina de Suministros Externos

(opcional acuerdo contrato)

RECIBO A SATISFACCION

		RECIBIO A SATISFACCION	RECIBIO SIN SATISFACCION
DATOS QUIEN RECIBE			
NOMBRE	JULIO VILLALOBOS		
No DOCUMENTO	1033367447		
PARENTESCO			
FIRMA			

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830040256
DIRECCION: TRANSVERSAL 3a No. 49-00 Colombia - Bogotá TELEFONO: 3486868 EXT 5440

Fecha Diligenciamiento: 16/06/2020 11:05:09 a. m.

PLAN DE MANEJO - EXTERNO - FORMULA MEDICA No. 9064625

Folio: 9

Nº Historia Clínica: 1033367447 **Area de Servicio:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Nombre Paciente: JULIO ALBERTO VILLALOBOS MURILLO **Identificación:** 1033367447 CédulaCiudadanía
Edad Actual: 33 Años \ 10 Meses \ 28 Dias **Sexo:** Masculino
Teléfono: 3102554872---3127601300 **Dirección:** CARRERA 119 # 17A - 10 PORTAL FONTIBON BOGOTA
Grado: INFANTE DE MARINA PROFESIONAL
Entidad: FUERZAS MILITARES **Fuerza:** ARMADA NACIONAL
Plan Beneficios: DIGSA 2020 ARMADA NACIONAL
Nº Ingreso: 6395911 **Fecha Ingreso:** 16/06/2020 10:39:38 a. m.
Cama:
Medico: 79408666 - CLAVIJO CRUZ EDGAR ORLANDO **Diagnostico:** S835

MEDICAMENTOS NO MUNT

Medicamento: 1270010036 MULETAS AUXILIARES (PARES) **Cantidad:** 1 UNO
Concentracion: N/A **Unidad:** PAR **Vía Administración:** **Duración:** 72 **Dias:** 0
Forma Farmaceutica: **Presentaciòn:**
Observaciones: PARA EOL POSOPERATORIO

Firma y sello del profesional tratante	Responsable del despacho:
	Auxiliar Técnico:

Nombre y Apellidos: JULIO ALBERTO VILLALOBOS MURILLO

Informacion de quien recibe

Telefono: 3102554872 Firma:

FORMULA VALIDA POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

ORIGINAL

Fecha Actual : martes, 16 junio 2020
Usuario Imprime: 79408666

Medico: EDGAR ORLANDO CLAVIJO CRUZ
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Cedula: 79408666

LICENCIADO A: [HOSPITAL MILITAR CENTRAL] NIT [830040256-0]

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



ARC

JULIO ALBERTO

SANIDAD ARC

Ninguna

PERM GRADO

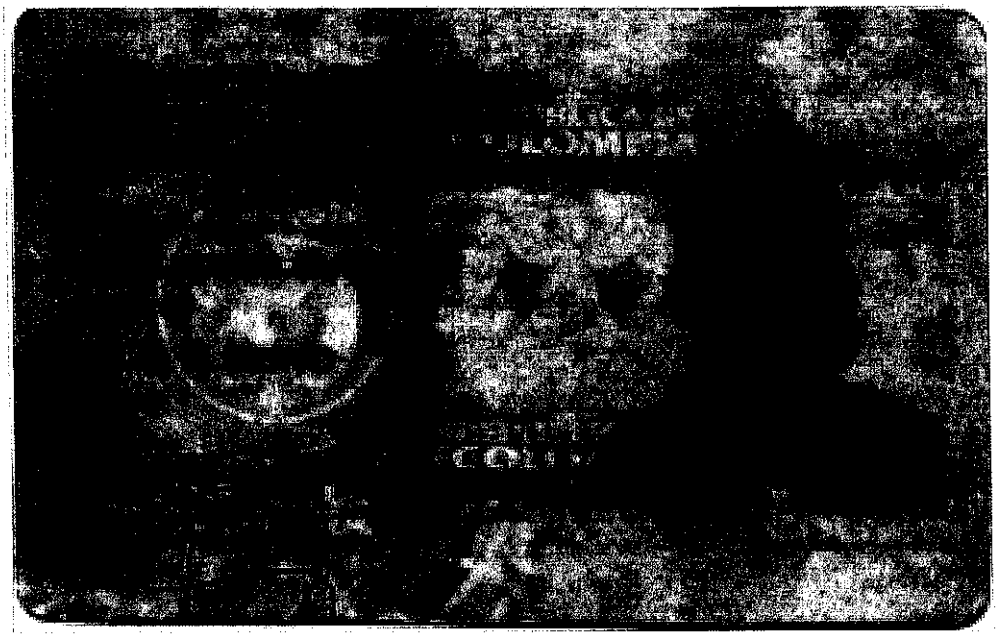
Identificación Plástica S.A. 140921/1314

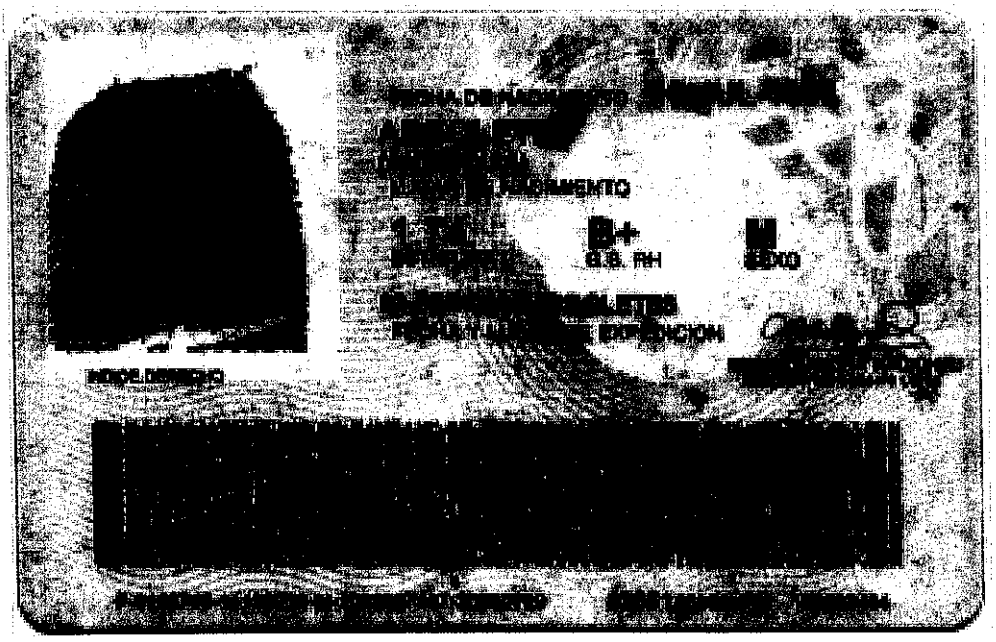
A12670650

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INSTRANSFERIBLE

Documento válido para uso de Servicios de Salud F.F.M.M. Según lo establece la ley 352 de 1997, el decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Debe presentar Documento Identidad y se debe verificar de que el afiliado este activo en el sistema.
En caso de pérdida por favor informar a la respectiva dirección de Sanidad Militar en término de 48 horas.
Si este carné es encontrado por favor informar al **PBX: 3238555 ext: 1301, 1314, 1315** Bogotá.
Correo Electrónico afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co




O+
SEXO

	ACTA DE ENTREGA A SATISFACCIÓN DISPOSITIVOS MÉDICOS	CÓDIGO	QAP-F09
		VERSIÓN	E
		FECHA	19-oct-18

Objeto: Entrega de dispositivos médicos acorde con las especificaciones, modelos y referencia establecidas por la autorización de servicio y formula médica.

FECHA DE ENTREGA	DIA 18 MES 06 AÑO 2020
ENTIDAD	Armada.
NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	Julio Alberto Villalobos
TIPO DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD	C.C. X T.I. R.C. OTRO Cúal:
NÚMERO DE DOCUMENTO	1033 367 447.
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	cll 179-77 A 70
CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	Bogotá
TELÉFONOS	3102554872.

AYUDA DE MOVILIDAD: / LÍNEA BLANDA: SILLA DE RUEDAS: PRÓTESIS:

ORTESIS: OTRO: Cúal:

ITEM	REFERENCIA DEL PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO Y/O COMPONENTE	LOTE Y/O SERIAL	CANTIDAD
1	FS925(LH)	Muletas		1.

OBSERVACIONES

A partir de la Fecha de acuerdo al producto adquirido se establecen los siguientes periodos de garantía:

1. Productos de consumo:
(Guantes, medias, liners, fundas, cojines, etc.): 6 Meses

2. Prótesis Miembro Superior: 1 año por defectos mecánicos de las articulaciones y defectos de fabricación del material termoconformado. No incluye el deterioro por defectos físicos del velcro y apoyo de espumas o manchas en los guantes causados por agentes externos.

3. Prótesis de Miembro Inferior: 1 año por defectos de fábrica en componentes. No incluye los problemas originados por el uso incorrecto de los componentes ni el deterioro natural de la espuma.

4. Ortesis:
Tiempo de Garantía definido en el manual de Uso.

5. Sillas de Ruedas:
Las reparaciones deberán realizarse únicamente en las instalaciones de KAMEX INTERNATIONAL S.A.S., o en casa ortopédica autorizada fuera de la ciudad y no debe hacerla el paciente por sí mismo, ni de ninguna otra ortopédica o entidad, ya que en caso de confirmarse esta situación el producto perdería la garantía otorgada por Kamexinternational S.A.S.

En Cambios de Socket por variación del volumen del muñón o por rupturas originadas por golpes; no aplica garantía. O por modificaciones por parte del usuario.

EXCLUSION DE GARANTIA:

1. Cuando los productos no se encuentren en adecuadas condiciones sanitarias y de higiene, caso en el cual no se recibirán.
2. Cuando los defectos o daños hayan sido ocasionados como consecuencia del uso inadecuado por parte del usuario o a un uso distinto al especificado, o por haber sido sometido a esfuerzos y desgastes superiores para los que fue diseñado.
3. Cuando el producto haya sido expuesto a elementos nocivos como ácidos, químicos, fuego o cualquier otro similar o equivalente ya sea de manera accidental o intencional.
4. Cuando el producto haya sido reparado por cuenta propia, se hayan agregado, modificado partes o componentes similares para su funcionamiento.

RECOMENDACIONES:

A continuación, encontrara algunas recomendaciones básicas para el cuidado de su ortesis y/o prótesis:

1. La ortesis y/o prótesis debe ser retirada para su aseo personal diario
2. Se debe realizar aseo diario a la ortesis y/o prótesis debido a los niveles de sudoración que produce su uso, para ellos debe contar con dos toallas de 40x30cm exclusivas de las ortesis y/o prótesis; jabón líquido, anti-bacterial, alcohol o otoro.

POR LO PRESENTE DECLARO HABER RECIBIDO EL ARTICULO MENCIONADO EN EXCELENTES CONDICIONES Y A COMPLETA SATISFACCION SEGUN ORDEN MEDICA

Nombre: Andrea Bernal	Nombre: Julio Villalobos	Nombre: N/A
Firma: AB.	Firma:	Firma: N/A
No. Documento: 1032444861	No. Documento: 1033367447	No. Documento: N/A

225-195

	DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
	CADENA DE SUMINISTROS
	AUTORIZACION DE INSUMOS
	Versión: 1.0 / Fecha: 12/07/2017

0

AUTORIZACION DE INSUMOS CONTRATO 055-DISAN-ARC-2019

KAMEX	POLO - AVENIDA CRA 24 No 83-49 TEL 7498830
	UNIDAD CONTRY PRIMER PISO CARRERA 16 N 82-95 TEL 6218592

ORDEN

GRUPO	ITEM	CIE 10	ELEMENTO	DESCRIPCION	CANTIDAD
I	21	S824	MULETAS AUXILIAR ADULTO	PAR	1

FECHA FORMULA	5/06/2020
No. FORMULA	9038540
ORIGEN	HOMIC
MEDICO	CESAR GAMBA
ESPECIALISTA	ORTOPEDIA
FECHA AUTORIZACION	16/06/2020

NOMBRE PACIENTE	GILMA LUISA CORREA OROZCO
No DOCUMENTO	45459565
EDAD EN NUMEROS	56
No TELEFONICO	3124538612
DIRECCION	CALLE 150 N°96A-71
CORREO ELECTRONICO	amurdi@hotmail.com
OBSERVACION:	

SS GOMEZ EDWIN
Jefe Suministros Externos

RECLAMAR HASTA EL: **19/06/2020**

Establecimiento de sanidad Militar ARC-FAC Oficina de Suministros Externos

(opcional acuerdo contrato)

RECIBO A SATISFACCION

		RECIBIO A SATISFACCION	RECIBIO SIN SATISFACCION
DATOS QUIEN RECIBE	Afranio Murcia		
NOMBRE			
No DOCUMENTO	7311526		
PARENTESCO	Conyuge		
FIRMA			
FIRMA			

o amurdi@hotmail.com

PLAN DE MANEJO - EXTERNO - FORMULA MEDICA No. 9038540

Folio: 31

Nº Historia Clínica: 45459565 **Area de Servicio:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Nombre Paciente: GILMA LUISA CORREA OROZCO **Identificación:** 45459565 CédulaCiudadanía
Edad Actual: 56 Años \ 6 Meses \ 26 Días **Sexo:** Femenino
Teléfono: 3124538612-3103010800 **Dirección:** CLL 150A NO 96A71 BOGOTA
Grado: SUB-OFICIAL JEFE
Entidad: FUERZAS MILITARES **Fuerza:** ARMADA NACIONAL
Plan Beneficios: DIGSA 2020 ARMADA NACIONAL
Nº Ingreso: 6386894 **Fecha Ingreso:** 05/06/2020 10:06:42 a. m.
Cama:
Medico: 79591363 - GAMBA SANCHEZ CESAR ENRIQUE **Diagnostico:** S824

MEDICAMENTOS NO MUNT

Medicamento: 1270010036 MULETAS AUXILIARES (PARES) **Cantidad:** 1 UNO
Concentracion: N/A **Unidad:** PAR **Vía Administración:** **Duración:** 72 **Dias:** 0
Forma Farmaceutica: **Presentaciòn:**
Observaciones: 1 PAR

Nombre: Afrancia Alarcia
Direccion: Cll 150 A # 96A-71
Telefonos: 312 453 8612

Afrancia Alarcia
73115526.

Firma y sello del profesional tratante	Responsable del despacho:
	Auxiliar Técnico:

Nombre y Apellidos:	
Informacion de quien recibe	
Telefono:	Firma:

FORMULA VALIDA POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

ORIGINAL

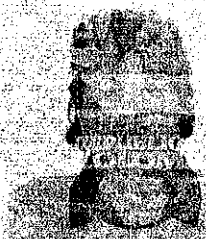
Fecha Actual : viernes, 05 junio 2020
Usuario Imprime: 79591363

Medico: CESAR ENRIQUE GAMBA SANCHEZ
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Cedula: 79591363

LICENCIADO A: [HOSPITAL MILITAR CENTRAL] NIT [830040256-0]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 45.459.565
CORREA OROZCO
APELLIDOS
GILMA LUISA
NOMBRES



Gilma Correa Orozco
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1963
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-JUL-1983 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300150-00131673-F-0045459565-20081126 0006955013A 1 1130932586

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SI No. C-45459565 ARC
CORREA OROZCO GILMA LUISA
AFILIADO
MURCIA DIAZ ARIANTO
C. 79115526
ESM 5101CENTRO DE MEDICINA NAVAL
USUARIO CONY DISCAPACIDAD Ninguna
AFILIACION NOV 29 1998 VENCE INDEFINIDO

Kamex INTERNATIONAL	ACTA DE ENTREGA A SATISFACCIÓN DISPOSITIVOS MÉDICOS	CÓDIGO	OAP-F09
		VERSIÓN	F
		FECHA	08-ene-20

Objeto: Entrega de dispositivos médicos acorde con las especificaciones, modelos y referencia establecidas por la autorización de servicio y formula médica.

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE ENTREGA	DIA 19 MES Junio AÑO 2020
ENTIDAD	Amada.
NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	Gilma Luisa Correa Orozco
TIPO DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD	C.C. X T.I. R.C. OTRO Cúal:
NÚMERO DE DOCUMENTO	45459565
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	Cll 100 A # 96 A 71
CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	Bogotá
TELÉFONOS	312 453 3612

TIPO DE DISPOSITIVO MÉDICO ENTREGADO

AYUDA DE MOVILIDAD [X] LÍNEA BLANDA [ ] SILLA DE RUEDAS [ ] PRÓTESIS [ ]

ORTESIS [ ] OTRO [ ] Cúal: ____

ITEM	REFERENCIA DEL PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO Y/O COMPONENTE	LOTE Y/O SERIAL	CANTIDAD
1	FS925(M)/ Tobetas		FS18017840	1par

OBSERVACIONES

NOTA IMPORTANTE

A partir de la Fecha de acuerdo al producto adquirido se establecen los siguientes periodos de garantía:

1. Productos de consumo:
(Guantes, medias, liners, fundas, cojines, etc.): 6 Meses

2. Prótesis Miembro Superior: 1 año por defectos mecánicos de las articulaciones y defectos de fabricación del material termoconformado. No incluye el deterioro por defectos físicos del velcro y apoyo de espumas o manchas en los guantes causados por agentes externos.

3. Prótesis de Miembro Inferior: 1 año por defectos de fábrica en componentes. No incluye los problemas originados por el uso incorrecto de los componentes ni el deterioro natural de la espuma.

4. Ortesis:
Tiempo de Garantía definido en el manual de Uso.

5. Sillas de Ruedas:
Las reparaciones deberán realizarse únicamente en las instalaciones de KAMEX INTERNATIONAL S.A.S., o en casa ortopédica autorizada fuera de la ciudad y no debe hacerla el paciente por sí mismo, ni de ninguna otra ortopédica o entidad, ya que en caso de confirmarse esta situación el producto perdería la garantía otorgada por Kamex International S.A.S.

En Cambios de Socket por variación del volumen del muñón o por rupturas originadas por golpes; no aplica garantía. O por modificaciones por parte del usuario.

EXCLUSION DE GARANTIA:

1. Cuando los productos no se encuentren en adecuadas condiciones sanitarias y de higiene, caso en el cual no se recibirán.
2. Cuando los defectos o daños hayan sido ocasionados como consecuencia del uso inadecuado por parte del usuario o a un uso distinto al especificado, o por haber sido sometido a esfuerzos y desgastes superiores para los que fue diseñado.
3. Cuando el producto haya sido expuesto a elementos nocivos como ácidos, químicos, fuego o cualquier otro similar o equivalente ya sea de manera accidental o intencional.
4. Cuando el producto haya sido reparado por cuenta propia, se hayan agregado, modificado partes o componentes similares para su funcionamiento.

RECOMENDACIONES:

A continuación, encontrara algunas recomendaciones básicas para el cuidado de su ortesis y/o prótesis:

1. La ortesis y/o prótesis debe ser retirada para su aseo personal diario
2. Se debe realizar aseo diario a la ortesis y/o prótesis debido a los niveles de sudoración que produce su uso, para ellos debe contar con dos toallas de 40x30cm exclusivas de las ortesis y/o prótesis; jabón líquido, anti-bacterial, alcohol o cloro.

POR LO PRESENTE DECLARO HABER RECIBIDO EL ARTICULO MENCIONADO EN EXCELENTES CONDICIONES Y A COMPLETA SATISFACCION SEGUN ORDEN MEDICA

AVISO LEGAL: POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La sociedad KAMEX INTERNATIONAL S.A.S, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y del decreto 1377 del 2013, informa que a partir de la fecha reposa en nuestra base de datos la información por usted voluntariamente suministrada la cual usaremos para fines comerciales, de atención al paciente, de divulgación y en general con fines relacionados a nuestro objetivo social y cuyo manejo trataremos en concordancia con la política de tratamiento de datos personales.

QUIEN ENTREGA	QUIEN RECIBE	RESPONSABLE ENTIDAD
Nombre: Diana Pinilla	Nombre: Afranio Murcia	Nombre: N/A
Firma:	Firma:	Firma: N/A
No. Documento: 1.026612[illegible]	No. Documento: 73[illegible]26	No. Documento: N/A


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.033.367.447
VILLALOBOS MURILLO
JULIO ALBERTO
Julio Villalobos


FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1986
ARBOLETES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
02-FEB-2005 ARBOLETES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD
No. C 1033367447 ARC
SLP ACT
AFILIADO
VILLALOBOS MURILLO JULIO ALBERTO
ESM 7002DIRECCION SANIDAD ARC
USUARIO 08
DISCAPACIDAD Ninguna
AFILIACION Abr 27 2009
VENCE PERM GRADO

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800060704	5	KAMEX INTERNATIONAL S.A.S.	A - 200 O MAS COTIZANTES	COLSUBSIDIO	VARIANTE CAJICA VEREDA CALAHORRA LOTE 2	SOACHA-CUNDINAMARCA	5932525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-06	12280626	9406851859	E	2020/06/02	2020/06/02	BANCOLOMBIA	0	$32,487,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				156	$6,613,600	$0	$0	$6,613,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	8	$339,200	$0	$0	$339,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	26	$1,092,400	$0	$0	$1,092,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	66	$2,548,600	$0	$0	$2,548,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	55	$2,579,100	$0	$0	$2,579,100
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$54,300	$0	$0	$54,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				156	$4,754,100	$0	$0	$4,754,100
COLMENA	14-25	800,226,175	3	156	$4,754,100	$0	$0	$4,754,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 5)				152	$7,959,600	$0	$0	$7,959,600
CAJACOPI ATLANTICO	CCF05	890,102,044	1	2	$37,500	$0	$0	$37,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	140	$7,576,900	$0	$0	$7,576,900
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	2	$93,000	$0	$0	$93,000
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	6	$214,300	$0	$0	$214,300
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	2	$37,900	$0	$0	$37,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				168	$11,806,400	$0	$0	$11,806,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	5	$1,486,100	$0	$0	$1,486,100
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	1	$25,400	$0	$0	$25,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	34	$3,314,800	$0	$0	$3,314,800
CONVIDA	EPSC22	899,999,107	9	3	$187,700	$0	$0	$187,700
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	3	$76,400	$0	$0	$76,400
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$25,000	$0	$0	$25,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	19	$1,019,700	$0	$0	$1,019,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	57	$2,697,100	$0	$0	$2,697,100
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$7,000	$0	$0	$7,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	15	$1,408,500	$0	$0	$1,408,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	10	$262,200	$0	$0	$262,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	19	$1,296,500	$0	$0	$1,296,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$812,200	$0	$0	$812,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	3	$812,200	$0	$0	$812,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$541,500	$0	$0	$541,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	3	$541,500	$0	$0	$541,500
TOTAL				168	$32,487,400	$0	$0	$32,487,400

2020/06/02 01:30 PM

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800060704	5	KAMEX INTERNATIONAL S.A.S.	A - 200 O MAS COTIZANTES	COLSUBSIDIO	VARIANTE CAJICA VEREDA CALAHORRA LOTE 2	SOACHA-CUNDINAMARCA	5932525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	12280626	9406835417	Y	2020/07/02	2020/06/02	BANCOLOMBIA	0	$96,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COLSUBSIDIO (1 Afiliados)					$0	$0			$0	$96,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: 0.522 (1 Afiliados)					$0	$0			$0	$96,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$0	$0			$0	$96,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 1072662140	ARISMENDY ARIAS ANDREA CAROLINA		0	$0	$0	EPS001	30	$0	$96,400		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$0	$96,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800060704	5	KAMEX INTERNATIONAL S.A.S.	A - 200 O MAS COTIZANTES	COLSUBSIDIO	VARIANTE CAJICA VEREDA CALAHORRA LOTE 2	SOACHA-CUNDINAMARCA	5932525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	12280626	9406835417	Y	2020/07/02	2020/06/02	BANCOLOMBIA	0	$96,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$96,400	$0	$0	$96,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$96,400	$0	$0	$96,400
TOTAL				0	$96,400	$0	$0	$96,400

Comprobante

de pago en línea

BANCO COMERCIAL AV VILLAS

Pago realizado por: ANGELICA PERALTA CASTRO

Nro. de factura: 12280626

Descripción del pago: CPV 12280626

Nro. de referencia: 02

Nro. de referencia 2: 900147238

Nro. de referencia 3: 9609

Fecha y hora de la transacción: Martes 2 de Junio de 2020 01:22:51 PM

Nro. de comprobante: 0000059135

Valor pagado: $ 32,601,300.00

Cuenta: *******4306

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com