



CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA  
NIT 860.066.767 - 4  
CARRERA 54 N° 65 - 25 PBX: 7953600 FAX: 7953600  
BOGOTÁ D.C.  
REGIMEN COMÚN - PERSONERÍA JURÍDICA 5461, CIU 8699  
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO - EXENTOS DE RETENCION EN LA FUENTE

**FACTURA DE VENTA****173075**

Fecha: 18/07/2017 9:54

Estado de Pago: CREDITO

Atención: Ambulatoria

Administradora: ALIANSALUD EPS

Contrato: ALIANSALUD E.P.S.

Nit: 830113831-0

Paciente: JOSE MANUEL VARGAS

Identifica: CC 79580438

Edad: 47 a 0 m 26 d

Teléfono: 4802604/3124560923/

Tipo de afil: Cotizante/Afiliado

Ingreso: 18/05/2016 8:51

Egreso: 18/07/2017 09:54

Nivel afil: POS CMOD 1

Fech Egre Adm:

Consecutivo Interno: 32643

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
170115	212 1931889	170115 ORTESIS KAFO CONVENCIONAL ARTICULACIONES IMP. DE ANILLOS, ARTICULACIÓN IMP. DE TOBILLO (UNILA	2.00	1.734.400,00	0,00	3.468.800,00
Total Servicios		3.468.800,00	C/Moderadora	0,00	Descuentos	0,00
Copagos		0,00	Comisiones	0,00	Iva	0,00
Total Paciente			0,00	Saldo APB		3.468.800,00

Valor Paciente: CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Saldo APB: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.

Observacion :

HAROLD DAVID CASTILLO ROMERO

RESPONSABLE FACTURACIÓN

ESTA FACTURA SE ASIMILA PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES. A LA LETRA DE CAMBIO, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 744 DEL CODIGO DE  
COMERCIO Y CAUSARA INTERESES DE MORA A PARTIR DE SU VENCIMIENTO, RESOL. DIAN N°. 320001304080 DE 2015/08/24 HABI.LI.NUMER. DEL NO.

150001 AL No. 200000

Fecha y hora de impresion

18/07/2017

09:54:55a.m

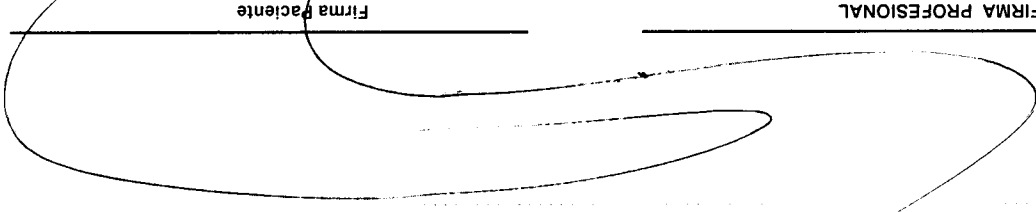
rptFacPctemediacarta.rpt

Página 1 de 1

ORDEN DISPOSITIVOS Y ELEMENTOS

Fecha:	10/05/2017 13:22	Ambito:	AMBULATORIO	Admisión:	36036	ORDEN INT No. 65278
Paciente:	CC 37931389 MONTAÑEZ ORTIZ NORELEY	F. Nacimiento:	01/11/15	Edad:	52 a 6 m 9 d	Género: FEMENINO
Pabellón:	Habitación:					
APB:	NUEVA EPS S.A.	Contrato: NUEVA EPS				
Servicios Ordenados						
Cantidad			Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta
1			Media	0	GESTOR	
900319 COLCHON ANTIESCARIAS BASICO Cód.						

Referencia: 0



FIRMA PROFESIONAL

Firma Paciente

Ordenado por: GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE Registro Médico: 101605754 Dependencia: ADMISIONES

Esta orden tiene vigencia de 30 días

05/10/2017

rptOrdeneSuministros.rpt



CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC  
CERTIFICADO RECIBIDO A SATISFACCION  
GESTION LOGISTICA

Código

FO-11-25

Versión

1

Fecha de Emisión

22/07/2013



SGS  
CO-124519

FECHA: 13/06/17

Yo JOSE MANUEL VARGAS, identificado con documento de identidad ☒ C ☐ T ☐ I ☐ R ☐ C  
N° 79580438 de BOGOTÁ, certifico que recibí a satisfacción, por  
parte del Centro Integral de Rehabilitación de Colombia, el siguiente elemento y/o examen:  
ORTESIS DE RODILLA-TORILLO-P.E (2)

+ FIRMA PACIENTE - NOMBRE COMPLETO:

Jose Manuel Vargas

+ C.C. 79580438

+ DIRECCIÓN: Trosuosa 13674575

FIRMA ACUDIENTE - NOMBRE COMPLETO:

C.C. FV-198075

X N° TELEFÓNICO: 3124041061



**Nombre:** PATROCINIO  
**Apellidos:** ANGEL  
**Cédula de Ciudadanía:** 17285011  
**Meta:** META  
**Mesetas:** MESETAS  
**3**  
**2156**  
**7,71**  
**2008/12/19**  
**VALIDADO**

**Tipo de Documento:**  
**Número de Documento:**  
**Departamento:**  
**Municipio:**  
**Area:**  
**Ficha:**  
**Puntaje:**  
**Fecha de Modificación:**  
**Estado:**

Base Certificada Nacional - Corte: 23 de abril del 2014

De acuerdo con su puntaje, si usted cumple con la normatividad vigente para cada programa, podrá ser potencial beneficiario de:

- REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD
- PROGRAMA DE PROTECCION SOCIAL AL ADULTO MAYOR - COLOMBIA MAYOR
- SUBSIDIO DE VIVIENDA RURAL
- SUBSIDIO INTEGRAL DE TIERRAS Y PROGRAMA OPORTUNIDADES RURALES
- EXENCIÓN EN EL PAGO PARA LA EXPEDICIÓN DEL DUPLICADO DE LA CÉDULA CIUDADANÍA
- BFPs - Beneficios Económicos Pendientes
- UNIDOS

No obstante debe saber que el ingreso a cada uno de los programas mencionados lo define la entidad ejecutora del programa y no el DNP. Además del puntaje del Sisben, cada entidad puede exigir requisitos adicionales para autorizar el ingreso al programa.

Nota: El anterior listado No incluye los programas sociales de Familias en Acción (www.dps.gov.co) e IceTex (www.iceTex.gov.co)

La información aquí registrada debe ser verificada en la página web [www.sisben.gov.co](http://www.sisben.gov.co) opción consulta de puntaje



**AUTORIZACION DE SERVICIOS  
MEDICOS**

**212 1931889**

FECHA DE AUTORIZACION: 15/11/2016  
OFICINA: CTRO NAL. AUTORIZACIONES  
(CNA)

**DATOS DEL PACIENTE**

CC 79580438  
JOSE MANUEL VARGAS OSORIO  
No. 0052101841 /  
CONTRATO:  
PLAN: POS - Contributivo

**DATOS DEL PRESTADOR**

Nº 800000707  
CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE  
CARRERA 54 # 65 - 25 3114808  
BOGOTA

**DATOS DEL REMITENTE**

BIENESTAR IPS LTDA. CLL 53 - CAPITACION

**ORIGEN**

13

DIAGNOSTICO T919

**TIPO DE SERVICIO**

INSUMOS Y COMPLEMENTOS

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

C110066  
ORTESIS,  
CANTIDAD: 1

**VALOR A CANCELAR**

**OBSERVACIONES**

OM 28/10/2016\*\*CUBRE ORTESIS TOBILLO  
PIE CON ARTICULACION DE RODILLA CON  
CIERRE SUIZO BILATERAL CANTO #2  
POS\*\*SUJ AUD MED  
96 - FAVOR COBRAR TARIFA PACTADA  
CON ALIANSA SALUD

APROBADO CNA

SEÑOR USUARIO RECUERDE ESTAR AL DIA  
EN SU PAGO AL MOMENTO DE LA  
PRESTACION DEL SERVICIO

CC 79580438 Bt6

*Jose Manuel Vargas O*

FIRMA Y CEE DEL USUARIO



AUTORIZACION INTEGRAL  
CENTRO NACIONAL

FIRMA ALIANSA SALUD

AUTORIZACION VIGENTE HASTA EL 14/01/2017

-Wadno



Colpensiones

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE CORRECCIONES DE HISTORIA LABORAL DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

FORMA 1

RADICACIÓN

Tipo de solicitante:

Afiliado ☐

Apoderado ☐

Tercero Autorizado ☐

Familiar del Afiliado Fallecido ☐

## A. DATOS ACTUALES DEL AFILIADO

1. Primer nombre

2. Segundo nombre

6. Tipo de documento

CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐

9. Barrio/Vereda

7. Número de documento

10. Ciudad/Municipio

12. País de Residencia (residentes exterior)

13. Teléfono fijo

17. Correo electrónico

16. AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, entre notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de: técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil)

## B. DATOS ADICIONALES DEL AFILIADO

Si usted cotizó con un documento de identidad diferente al actual, por favor relacionarlo en la siguiente sección:

18. Tipo de documento

CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐ PA ☐ CD ☐

19. Número de documento

20. Nacionalidad, si el documento es CE, PA o CD.

21. Si usted cotizó al ISS antes de enero de 1995, por favor relacione los números de afiliación que le fueron asignados (si los conoce).

## C. DATOS DEL APODERADO DEL TERCERO AUTORIZADO O DEL FAMILIAR DEL AFILIADO FALLECIDO

22. Razón Social o Nombre

24. Número de documento

23. Tipo de documento

CC ☐ CE ☐ TI ☐ CD ☐ PA ☐ NIT ☐

26. Barrio

27. Ciudad/Municipio

29. Teléfono fijo

30. Celular

31. Correo electrónico de contacto

25. Dirección de correspondencia

28. Departamento

32. Firma del Solicitante

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. 2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

"¡ SI ALGUIER LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS !"



Cadena 42

<b>FUNDACIÓN CIREC</b> Carrera 54 No. 65 - 25. PBX: 7953600 contactenos@cirec.org			
FECHA:	2 de noviembre de 2016	COTIZACIÓN No. OR 1760	
ENTIDAD:	ALIANSA LUD		
NOMBRE USUARIO:	JHOAN MANUEL VARGAS OSORIO		
DOCUMENTO:	C.C 79580438		
<b>ORTESIS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>ELEMENTO Y CARACTERÍSTICAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>V/UNITARIO V/TOTAL</b>
1700104	ORTESIS RODILLA-TOBILLO-PIE ARTICULACIONES CIERRE SUIZO ALUMINIO SIN ARTIC. DE TOBILLO (UNILATERAL)	2	1.734.400 3.468.800
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 3.468.800</b>
<b>Modelo de Rehabilitación CIREC de la "A a la Z"</b>			
<b>Observaciones:</b> Vigencia de la cotización 15 días a partir de la fecha de emisión.			
<b>GARANTÍA:</b> Aplica para defectos de fabricación presentados en condiciones normales de uso correspondientes al peso corporal y grado de actividad para los cuales fueron prescritos diseñados y adaptados. No aplica para cambios antropométricos del segmento corporal o extremidad. Aplican restricciones y condiciones.			
1700104	3 meses estructura. 6 meses articulaciones de rodilla. Sistema de liberación del bloqueo y ajuste de la		
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	30 días hábiles		
<b>EJECUTIVO COMERCIAL:</b>	Ernesto Medina		
<b>EJECUTIVO COTIZADOR:</b>	Leonardo F. Morales B. Director Planta de Prótesis		

ORDENES MEDIC



DATOS DEL PACIENTE

FECHA	01/03/2014
NOMBRES Y APELLIDOS	Abel Jairo Jimenez Cardona
EDAD	65
IDENTIFICACION	17305376
HISTORIA	55956

- Silla de Ruedas

- Camas

TERAPIA PAEZ CIENQUIA  
SIOTERAPEUTA  
159600 MR 6857577  
Javier Paz Cardona

DATOS GENERALES

PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	No. DE REGISTRO
-------------	--------------	-----------------

Firma del Paciente

Firma del Médico

Carrera 54 No. 65-25 PBX 311 48 08 Fax: 379 38 00 Bogotá, D.C. Colombia atencion.usuario@cirec.org