

BOGOTA D.C. CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION COLOMBIA
Tel: 7953600 Nit: 860066767
Recibo Nro.: Fecha: 2021/02/24 140856

Por servicios prestados a: SAMANTA VICTORIA HERRERA MAF Historia 3102-1
Beneficiario: EPS FAMISANAR SAS Ced/Nit: 11
Tarifa : FA - EPS FAMISANAR SAS
Concepto : ABOC - ABONO CON
F-RE BAN PLA POB NUM-DOC CUE-BANC. VALOR RECIBIDO: \$ 7,000.00

FORMA DE PAGO:	FORMA DE PAGO:
F-RE BAN PLA POB NUM-DOC CUE-BANC.	F-RE BAN PLA POB NUM-DOC CUE-BANC.
VALOR BCO-CO.	VALOR BCO-CO.

99 7,000.00 999

Autorización de Servicios



Solicitada el: 22/02/2021 12:55:51
 Autorizada el: 24/02/2021 08:10:09
 Impresa el: 24/02/2021 08:10:30

Nº. Solicitud: 1
 Nº Autorización: (POS) 231-55186669
 Código Eps: EPS017

Afiliado: RC 1023419155 HERRERA MARIN SAMANTHA VICTORIA

Edad: 0.7.23 Fecha Nacimiento: 01/07/2020 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)
 Dirección Afiliado: CLL 62 D SUR N 75 10 LA ESTANCIA Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)
 Teléfono Afiliado: 1-NT Celular 3154768635
 Correo

Solicitado CAFAM FLORESTA CAS

Nit: 860013570 3 Código: 110010559704

Dirección: AV CRA 68 #90-88

Teléfono 1-3077011 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)

Ordenado IVAN TARAZONA

Remitido a: CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC

Nit: 860066767 4 Código: 110010416601

Dirección: CARRERA 54 NO. 65-25 BARRIO MODELO NORTE

Teléfono 1-7953600 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)

Ubicación CONSULTA EXTERNA

Origen ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según No

Código	Cantida	Descripción Servicio	Lateralidad
PROPIAS-91010552	1	FERULA DE MILGRAM	NO APLICA

Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$260,747
 om de 18/02/2021/ ferula de milgram

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

Samantha V. Herrera M.,
 ↑ 1023419155
 ↑ 3154768635

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR S.A.S

Autorizador: LEIDY PAOLA MEJIA ACEVEDO

Cargo o

03 3724

Duc-Rud-Caj

115

Valido por 60 días a partir de la fecha de autorización.

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoria Médica.

Registro impreso por: LEIDY PAOLA MEJIA ACEVEDO
 Referencia - Cuenta Médica: 231-71041254

24-02-21

Rc 140856

18/2/2021

Orden

Break Point V2.0. R.1.5

SOLICITUD MEDICA

Fecha de Atencion: 2021-02-18

Sede: FLORESTA	Dirección: Av Cra 68#90-88	Teléfono: 3077011
Paciente: SAMANTHA VICTORIA HERRERA MARIN	ID: 1023419155	
Contrato: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA < 18	Plan: CONTRIBUTIVO	Semanas: 26 Rango: 1
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO	Sede Afiliado: CALLE 48	
Solicitada por: IVAN ALIRIO TARAZONA GALINDO		
Diagnóstico: Q658		
CODIGO	PROCEDIMIENTO	NOTA ACLARATORIA
893107.00	ELABORACION Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO	FERULA DE MILGRAM : FLEXION DE 100° + ABD DE 45° + USAR 24 HORAS AL DIA

Profesional : - - Firmado Electrónicamente.

Fecha: 18/02/2021 Hora: 07:18:42



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

58375258

NUIP	1023419155
------	------------

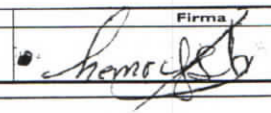
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	A	7	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 56 BOGOTA DC * * * * *															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
HERRERA * * * * *								MARIN * * * * *							
Nombre(s)															
SAMANTHA VICTORIA * * * * *															
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo				Factor RH			
Año	2	0	2	0	Mes	J	U	L	Día	2	8	FEMENINO	O	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos												Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *												16117123-0 * * * * *			

Datos de 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															
MARIN OJEDA YULEIXI DULIER * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
OT No. 957211609051993 * * * * *												VENEZUELA * * * * *			

Datos de padre o madre (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 SANCHEZ HEMRYS ADRIAN * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC No. 1065248014 * * * * *												COLOMBIA * * * * *			

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
HERRERA SANCHEZ HEMRYS ADRIAN * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			
CC No. 1065248014 * * * * *															

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	2	0	2	0	Mes	A	G	C	Día	0	4	BERNI FRANCISCO ESCALONA			
												Nombre y firma			



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -