




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

FECHA: 22/11/2016

Yo NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA, identificado con documento de identidad  **T.I** **R.C**  
Nº 17.784.009 de \_\_\_\_\_, certifico que recibí a satisfacción, por parte del Centro  
Integral de Rehabilitación de Colombia, el siguiente elemento y/o examen:

CAMBIO DE SOCKET PARA PROTESIS MODULARES ARRIBA DE RODILLA CON ESPUMA, VÁLVULA DE EXPULSIÓN  
TRANSFEMORAL

FIRMA PACIENTE-NOMBRE COMPLETO:

Nelson Alejandro S.

C.C: 77784009

DIRECCION: Doncello caqueta

FIRMA ACUDIENTE-NOMBRE COMPLETO:

C.C: \_\_\_\_\_

TELEFONO: 321 300 6022 - 312 407 4068

FV 164843.

ORDEN DISPOSITIVOS Y ELEMENTOS

**Fecha:** 01/12/2016 7:46 **Ambito:** AMBULATORIO **Admisión:** 29230 **ORDEN INT No.** 52930  
**Paciente:** CC 17784009 SARMIENTO CUESTA NELSON ALEJANDRO **F. Nacimiento:** 26/07/1984 **Edad:** 32 a 4 m 5 d **Género:** MASCULINO  
**Pabellón:** **Habitación:** **Cama:**  
**APB:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. **Contrato:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Servicios Ordenados	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta
201562 VALVULA DE EXPULSION TRANS REF L-552000 Cód. Referencia: 0	1	Media	0		GESTOR
160019 CAMBIO SOCKET PROTESIS MOD TRANSFEMORAL CON ESPUMA Cód. Referencia: 0	1	Media	0		GESTOR

FIRMA PROFESIONAL

Firma Paciente

Ordenado por: GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE Registro Médico: 101065542 Dependencia: ADMISIONES

Esta orden tiene vigencia de 30 días

12/01/2016

rptOrdenesSuministros.rpt

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA  
NI 860066767

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA

CARRERA 54 No.65-25 BARRIO MODELO NORTE TELEFONO 7953600



### Informe de Despachos en Lote

**Paciente:** CC 17784009 SARMIENTO CUESTA NELSON ALEJANDRO

**Hta. Clínica:** 17784009

**Edad:** 32 a 4 m 5 d

**Género:** MASCULINO


**Admisión:** 29230

**Pabellón:**

**Habitación:**

**Cama:**

Código	Fecha Desp	N. Salida	Producto	Cant Ord	Cant Desp	Ordenado Por
67	01/12/2016 7:47 a.m.	H 1 9991	160019 CAMBIO SOCKET PROTESIS MOD TRANSFEMORAL CON ESPUMA	1,00	1,00	GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE
1222	01/12/2016 7:47 a.m.	H 1 9991	201562 VÁLVULA DE EXPULSIÓN TRANS REF.L-552000	1,00	1,00	GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE

	<b>PROCESO:</b> Gestión de siniestros	<b>Código:</b>	MIS_5_4_3_FR08
		<b>Versión:</b>	1
		<b>Fecha:</b>	2016/06/20
<b>FORMATO ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS</b>			
<b>Aprobó:</b> German J Fernández Gerencia Medica	<b>Revisó:</b> Yeimmy Ibague Arevalo Líder SIG	<b>Elaboró:</b> Sandra Viviana Rincon Profesional	

**Bogotá , 22 de Noviembre de 2016**

Señor .

**NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA**

**17784009**

E. S. M

Por medio de la presente acta, se hace entrega del siguiente insumo:

**Elemento:**

**CAMBIO DE SOCKET PARA PROTESIS MODULARES ARRIBA DE RODILLA CON ESPUMA, VÁLVULA DE EXPULSIÓN TRANSFEMORAL**

**Referencia:** CIREC

**Proveedor:** Centro Integral de Rehabilitación de Colombia

**Garantía:** No aplica Garantía por uso inadecuado o manipulación de terceros. Aplica condiciones y restricciones.

**Fecha de mantenimiento:**

**Nota importante:**

El elemento que aquí se entrega es de carácter devolutivo y deben ser restituidos a Positiva Compañía de Seguros S.A, en el momento que se reemplace por un insumo nuevo de la misma referencia con igual o mejor nivel de complejidad, lo cual es requisito para la entrega del nuevo insumo.

El asegurado desde este momento es responsable del insumo entregado, Positiva no sea hace responsable de pérdida o robo del mismo.

Atentamente,

Nelson Alejandro S. (Firma del Afiliado y/o responsable)


c.c. 77784009

[Firma] (Firma del Proveedor)

c.c. Dra. Carmen Teresa Esquivia P.  
 Médico Fisiatra  
 R.M. 581.966

[Firma] (Firma del Representante Positiva Compañía de Seguros)

C.S.

	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC		Código	FO-05-13
			Versión	1
	RECOMENDACIONES DE USO DE LA PRÓTESIS		Fecha de emisión	25/11/2011
	PROCESO DE GESTION DE SERVICIOS TERAPEUTICOS			

Fecha: 22/11/2016

Usuario: NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA

H.C.: 17784009

**RECOMENDACIONES:**

- Se debe limpiar el socket diariamente con una toalla, para limpiar los excesos de sudor.
- La prótesis debe quitársela al momento de dormir.
- No dejar caer la prótesis, no golpear objetos con ella.
- La prótesis no se debe mojar, en caso que esto ocurra se deberá secar inmediatamente cada una de sus partes.
- En caso que ocurra algún daño en la prótesis, por favor no trate de arreglarla. Inmediatamente solicite cita de revisión para realizar los arreglos.
- Evitar el contacto de la prótesis con líquidos inflamables o líquidos que la puedan manchar.
- El elemento cosmético sea mano activa o pies, se debe limpiar con una toalla húmeda con agua, no debe usarse jabón; evitar colocarlo en superficies calientes, cortantes o rugosas.
- Evite el contacto de la prótesis con líquidos inflamables o líquidos que la puedan manchar.
- Para usuarios de prótesis de miembro inferior, en invierno o salidas al campo o zonas pantanosas siempre proteja la prótesis, usando botas de caucho para tener mayor duración de las partes.
- Si usted es deportista, consulte al médico para elegir la prótesis que se adapte a su deporte.
- Utilice siempre la prótesis con el tacón adecuado, idealmente el mismo que utilizó durante el entrenamiento.

De los cuidados y recomendaciones anteriormente mencionados depende la funcionalidad y durabilidad de la prótesis.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Citas de control: (Favor llamar antes de cada cita programada al PBX 7953600 ext 1190)


1. CONTROL: FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_
2. CONTROL: FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_
3. CONTROL: FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

Terapeuta a cargo: \_\_\_\_\_

Recibo la prótesis a satisfacción funcional y cosmética.

FIRMA DEL USUARIO: Nelson Alejandro S.

C.C.: 77784009

	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC	Código:	FO-11-22
	CERTIFICADO DE GARANTIA	Versión:	1
	GESTIÓN DE LOGÍSTICA	Fecha de Emisión:	23/07/2012

FECHA DE EMISIÓN: 22/11/2016

REFERENCIA PRODUCTO:

HISTORIA CLINICA:

NOMBRE USUARIO:

ENTIDAD:

17784009

NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA

Positiva

NOMBRE PRODUCTO

PROTESIS

**CONDICIONES GENERALES:**

TIPO DE DISPOSITIVO MÉDICO:

PROTESIS:

☒

ORTESIS:

☐

LINEA BLANDA:

☐

<b>VIGENCIA DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El periodo de garantía de las prótesis inicia desde la fecha de entrega del dispositivo médico terminado.</li> <li>El tiempo estimado de garantía depende exclusivamente del tipo de elemento entregado y de los componentes utilizados, estos serán determinados por el técnico Prótesisista u Órtesisista de acuerdo a lo formulado por el Médico tratante.</li> <li>El periodo de garantía del dispositivo médico de línea blanda es de tres (3) meses.</li> </ul>
<b>CUBRIMIENTO DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando en sus condiciones normales de uso presente fallas.</li> <li>Por defectos de fabricación.</li> <li>Por defectos de fabricación o deterioro prematuro.</li> </ul>
<b>CAUSAS DE ANULACIÓN DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el periodo de garantía haya expirado.</li> <li>Cuando se utilice el dispositivo médico bajo condiciones para las cuales no fue fabricado y adaptado, o no se tengan en cuenta las recomendaciones de uso.</li> <li>Cuando los dispositivos médicos han sido modificados por personal no autorizado por CIREC.</li> <li>Cuando se presenten alteraciones de tipo médico, variaciones antropométricas, de rendimiento o condiciones de discapacidad no presentes al inicio de la vigencia de la garantía y que limite o altere la utilización del dispositivo médico.</li> <li>Cuando el serial del dispositivo medico recibido por garantía no coincida con el entregado.</li> <li>Abandono injustificado del proceso de rehabilitación, dejando el dispositivo médico en la institución o llevándolo por más de tres (3) meses en calidad de préstamo.</li> <li>Perjuicios, pérdidas o daños del dispositivo medico causados intencionalmente.</li> </ul>
<b>EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recubrimientos cosméticos.</li> <li>Encaje (Socket).</li> <li>Componentes susceptibles de desgaste o deterioro de sus condiciones debido al uso para el cual fue formulado (Guayas, bujes, extensores en caucho, Correas, cinturones, velcro, fundas de neopreno, espumas y medias).</li> <li>Componentes susceptibles de desgaste o deterioro de sus condiciones debido al uso para el cual fue formulado (Correas, cinturones, velcro).</li> </ul>
<b>EVENTOS NO CUBIERTOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventos fortuitos no previsibles por la institución o por el usuario (desastres naturales, pérdida o robo).</li> <li>Corrosión.</li> <li>Producida por la exposición a ambientes húmedos, agentes químicos y secreciones corporales como el sudor.</li> </ul>
<b>CONDICIONES GENERALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de prótesis el usuario tiene derecho a tres (3) revisiones del dispositivo médico durante el periodo de vigencia de la garantía, sin costo alguno.</li> <li>Si el elemento objeto de la garantía es susceptible de reparación, ésta se efectuará; de lo contrario, se hará la sustitución del elemento previo concepto técnico.</li> <li>En los casos en que la reparación de algún componente del dispositivo médico no pueda ser efectuada en CIREC, ésta será enviada al fabricante con un tiempo aproximado de respuesta de cuarenta y cinco (45) días.</li> <li>Para elementos importados como pies y rodillas, el cambio se hará sólo una vez durante la vigencia de la garantía.</li> </ul>

FIRMA DE USUARIO: Nelson Alejandro S.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77784009 de Dancallo.



ANEXO TÉCNICO N°4  
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



Número Autorización 9097789

Fecha y hora de la Autorización 22/07/2016 12:05

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Tipo y Número de Documento NIT - 860066767 Código de habilitación 0  
Razón Social CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION COLOMBIA  
Departamento Bogotá D. C. Ciudad/Municipio BOGOTÁ, D.C. 001 Sede 0  
Dirección Carrera 54 6525 Teléfono 0 3114808  
Pagador 2246 Positiva Compañía de Seguros S.A.

DATOS DEL AFILIADO

Tipo de Documento CC Número de Documento 17784009  
Nombre NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA Fecha de Nacimiento 26/07/1984  
Departamento Caquetá Ciudad/Municipio FLORENCIA 001  
Zona Urbana Localidad DONCELLO Barrio OLIMPO  
Dirección Residencial TRANSV 9 N° 10-54  
Correo Electrónico notiene@notiene.com  
Teléfono Fijo Particular 8 4363276 Teléfono Fijo Laboral 38 4363276 Extensión 1111  
Celular Particular 313 8311361 Celular Laboral 321 3006022  
Cobertura en Salud Régimen contributivo

Tipo Documento	No. Documento	Razón Social	Fecha Vinculación	Estado
NIT	900295776	ASOCIACION DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES DEL CAQUETA	10/06/10 0:00	Inactiva

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número Solicitud 9097788

No. Siniestro 85942270

	Código	Descripción
Diagnóstico Principal	T136	AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		
Diagnóstico relacionado 4		

SERVICIO(S) AUTORIZADO(S)

Manejo integral según Guía de

Código	Descripción	Cantidad	Motivo de la Autorización
PRO041	CAMBIO SOCKET	1	Autorización Automática Positiva Compañía de Seguros

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

%

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de autorización

Reclamo de ticket, bono o vale de pago

Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en
Cuota Moderadora			
Copago			
Cuota de recuperación			
Otro			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA AUTORIZACIÓN

Nombre Positiva Compañía de Seguros S.A

Cargo o actividad Positiva Compañía de Seguros S.A

Teléfono de Contacto 1 330-7000

Teléfono de Contacto 2 01-8000 111-



CUIDARTE TU SALUD S.A.S.  
900241765 - 4

RHsClxFch  
Pag: 1 de 2  
Fecha: 24/05/16  
G.etaeo: 8

\*17784009\*

**HISTORIA CLINICA No.CC 17784009 -- NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA**

**Empresa:** POSITIVA EVENTO CENTRO EXCELENCIA

**Afiliado:** ARL

**Fec. Nacimiento:** 26/07/1984 **Edad actual :** 31 AÑOS **Sexo:** Masculino

**Grupo Sanguineo:**

**Estado Civil:** Soltero(a)

**Ocupación:** JEFES DE VENTAS Y COMPRADORES

**Dirección:** 00

**Barrio:** CANAIMA

**Departamento:** BOGOTA D.C.

**Municipio:** BOGOTA D.C.

**Teléfono:** 00

**SEDE DE ATENCIÓN:** 002

NORMANDIA

**Edad :** 31 AÑOS

**FECHA** 24/05/2016 10:12:23

**TIPO DE ATENCIÓN**

AMBULATORIO

**MOTIVO DE CONSULTA**

JUNTA NACIONAL DE PROTESIS

REFIERE PACIENTE QUE DIAS POSTERIOR A LA ENTREGA DE LA PROTESIS EXPERIMENTA MOLESTIAS E IRRITACION EN EL M QUE EL SOCKET NO ESTABA ADECUADAMENTE DISEÑADO.

ASISTIO A CENTRO DE EXCELENCIA DONDE SE LE VALORO Y SE OBSERVO LESION POR PRESION Y FRICCION. SE ENVIO A PR COLOCO ACOLCHONAMIENTO.

**ENFERMEDAD ACTUAL**

F.A.T. 3 AGOSTO 2011.

ACCIDENTE - ATENTADO TERRORISTA- HERIDAS POR MATERIAL CILINDRO BOMBA. TRAUMA CRANEOENCEFALICO- AMPUTAC IZQUIERDA.

DIAGNOSTICO DE CALIFICACION:

1. SECUELA DE AMPUTACION TRANSFEMORAL DEL M INFERIOR IZQUIERDO

2. SECUELA DE TRAUMA CRANEOENCEFALICO - HEMISFERIO IZQUIERDO.

YA CALIFICADA PCL 54,5%.

PACIENTE QUIEN ASISTE A JUNTA DE PROTESIS, PORQUE EL SOCKE LE QUEDA AMPLIO. RECIENTEMENTE SE LE COLOCO AL SOCKET QUE PERMITIO LA CICATRIZACION DEL MUÑON.

CON ANTERIORIDAD SE LE REALIZO: RODILLA POLICENTRICA DE CUATRO EJES.YA FORMULADO.11 AGO DE 2015, CAMBIO DE PIE ARTICULADO UNIAXIAL.YA FORMULADO (AGO 2015).

**EXAMEN FISICO**

CABEZA Y ORAL: MUÑON CON CICATRIZAION DE LAS AREAS DE PRESION. REALIZA MARCHA CON IMBALANCE.

DEBILIDAD DE CINTURA PELVICA, CADERA DE M INFERIOR IZQUIERDO.. EXTREMIDADES INFERIORES: EXAMEN FISICO: SE LE REALIZAR MARCHA CON EL USO DE UN BASTON CANADIENSE, PERO REQUIERE ENTRENAMIENTO PARA MEJORAR EL BALAN MUÑON CICATRIZADO. CONICO.

DEBILIDAD DE MUSCULATURA DE CADERA, FLEXORES, ABDUCTORES, EXTENSORES, ADUCTORES, EN ESPECIAL GLUTEOME IZQUIERDO.

**ANALISIS**

SE SUGIERE EL CAMBIO DE SOCKET.

POR DEBILIDAD DE CINTURA PELVICA Y CADERA IZQUIERDA SE SUGIERE PLAN D FORTALECIMIENTO MUCLAR

**PLAN Y MANEJO**

CONDUCTA :

1.FISIOTERAPIA, FORTALECIMIENTO DE FLEXORES, ABDUCTORES, ADUCTORES, GLUTEO MEDIO. DE CADERA

CAMBIO SOCKET - DE CONTACTO TOTAL, EN RESINA SUSPENSION POR VALVULA. ( POR GANATIA, POR MOLESTIAS DESDE E ADAPTACION).

Evolucion realizada por: CARMEN TERESA ESQUIVIA PAJARO-Fecha: 24/05/16 10:24:33

**DIAGNOSTICO** S781 AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA CADERA Y LA RODILLA **Tipo** PRINCIPAL

**TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado
16	TERAPIA FISICA	
	1.FISIOTERAPIA, 20 SESIONES. FORTALECIMIENTO DE FLEXORES, ABDUCTORES, ADUCTORES, GLUTEO MEDIO. DE CADERA	





**CUIDARTE TU SALUD S.A.S.**  
**900241765 - 4**

RHsClxFch

Pag: 2 de 2

Fecha: 24/05/16

G.etaeo: 8

**\*17784009\***

**HISTORIA CLINICA No.CC 17784009 -- NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA**

**Empresa:** POSITIVA EVENTO CENTRO EXCELENCIA

**Afiliado:** ARL

**Fec. Nacimiento:** 26/07/1984 **Edad actual :** 31 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguineo:**

**Estado Civil:** Soltero(a)

**Ocupación:** JEFES DE VENTAS Y COMPRADORES

**Dirección:** 00

**Barrio:** CANAIMA

**Departamento:** BOGOTA D.C.

**Municipio:** BOGOTA D.C.

**Teléfono:** 00

**CARMEN TERESA ESQUIVIA PAJARO**

**Reg. 32681966**

**FISIATRIA**



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1984

**EL PAUJIL**

(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**O+**

GRUPO SANG

**M**

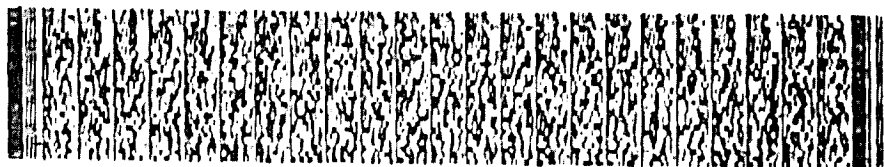
SEXO

31-JUL-2002 EL DONCELLO

FECHA Y LUGAR DE EXPLORACION

IMPRESO POR

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ADRIEL SANCHEZ TORRES



A 4400500 00391208 M 0017784000-20120301

0030716950A 1

37859292

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD

VALOR 17.784.000

MANEJO CUESTA

FECHA

PERSONA ALEJANDRO

CIUDAD

Antes de la fecha de la consulta

LIBRE



<b>FUNDACIÓN CIREC</b> <b>Carrera 54 No. 65 - 25. PBX: 7953600</b> <b>contactenos@cirec.org</b>			
FECHA:	26 de julio de 2016	COTIZACIÓN No.	PR 2196
ENTIDAD:	POSITIVA		
NOMBRE USUARIO:	NELSON ALEJANDRO SARMIENTO CUESTA		
DOCUMENTO:	C.C. 17784009		
<b>PRÓTESIS / COMPONENTES</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>ELEMENTO Y CARACTERÍSTICAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>V/UNITARIO</b>
1600019	CAMBIO DE SOCKET PARA PROTESIS MODULARES ARRIBA DE RODILLA CON ESPUMA REF:P-020153	1	3.448.400
0201562	VÁLVULA DE EXPULSIÓN TRANSFEMORAL REF:L-552000	1	426.800
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 3.875.200</b>
<b>Modelo de Rehabilitación CIREC de la "A a la Z"</b> <b>Valores Agregados <u>GRATUITOS</u>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 5 Sesiones de Terapia Física u Ocupacional para Adaptación Protésica</li> <li>* Verificación de la alineación protésica en nuestro Laboratorio de Análisis de Marcha (Básico) (somos la única compañía en Colombia con esta Tecnología) (Aplica para prótesis de extremidad inferior)</li> <li>* Junta Médica para cierre de caso</li> <li>* 40 horas de intervención psicosocial</li> <li>* Para pacientes en edad productiva, acceso al banco de Hojas de Vida en el programa de Inclusión Laboral</li> <li>* 16 horas del taller "Preparación para el Mundo del Trabajo"</li> <li>* Una sesión de capacitación para el cuidador.</li> </ul>			
<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 muñón, segmento corporal o extremidad. Aplican restricciones y condiciones.			
1600019	1 año socket. Espuma y media de recubrimiento no aplica garantía.		
0201562	2 meses.		
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	30 días hábiles		
<b>EJECUTIVO COMERCIAL:</b>	Daniel Gomez		
<b>EJECUTIVO COTIZADOR:</b>	Leonardo F. Morales B. Director Planta de Prótesis		
<b>NOTA:</b> Cotización sujeta a cambios según valoración del usuario.			




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

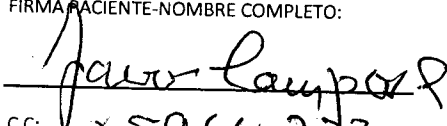
FECHA: 22/11/2016

Yo JAIRO CULMA CAMPOS, identificado con documento de identidad  T.I R.C  
Nº 5.964.222 de \_\_\_\_\_, certifico que recibí a satisfacción, por parte del Centro  
Integral de Rehabilitación de Colombia, el siguiente elemento y/o examen:

1, MANO PROTESICA DE APERTURA VOLUNTARIA. CAMBIO DE CAUCHO PROTECTOR AXILAR, CAMBIO DE ARNES, CAMBIO DE HANGER PROXIMAL.

2, CUERO DEL APOYO TRICIPITAL Y CAMBIO DEL GUANTE PARA PROTESIS SUPERIOR,

FIRMA PACIENTE-NOMBRE COMPLETO:



C.C: 5.964.222

DIRECCION: Calle 77 Sur #14A18

FIRMA ACUDIENTE-NOMBRE COMPLETO:

\_\_\_\_\_

C.C: \_\_\_\_\_

TELEFONO: ✓

FV164842.

ORDEN DISPOSITIVOS Y ELEMENTOS

**Fecha:** 01/12/2016 7:37 **Ambito:** AMBULATORIO **Admisión:** 25661 **ORDEN INT No.** 52927  
**Paciente:** CC 5964222 CAMPOS CULMA JAIRO **F. Nacimiento:** 02/02/1960 **Edad:** 56 a 9 m 29 d **Género:** MASCULINO  
**Pabellón:** **Habitación:** **Cama:**  
**APB:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. **Contrato:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Servicios Ordenados	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta
210081 CAMBIO DE ARNES CONECTORES HD MMSS Cód. Referencia: 0	1	Media	0		GESTOR
160022 MANO ACTIVA Y GUANTE Cód. Referencia: 0	1	Media	0		GESTOR

**FIRMA PROFESIONAL**

**Firma Paciente**

**Ordenado por:** GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE **Registro Médico:** 1010957545 **Dependencia:** ADMISIONES

Esta orden tiene vigencia de 30 días

12/01/2016

rptOrdenesSuministros.rpt

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA  
NI 860066767

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA

CARRERA 54 No.65-25 BARRIO MODELO NORTE TELEFONO 7953600



### Informe de Despachos en Lote

Paciente: CC 5964222 CAMPOS CULMA JAIRO

Edad: 56 a 9 m 29 d

Pabellón:

Género: MASCULINO


Habitación:

Hta. Clínica: 5964222

Admisión: 25661

Cama:

Código	Fecha Desp	N. Salida	Producto	Cant Ord	Cant Desp	Ordenado Por
69	01/12/2016 7:38 a.m.	H 1 9989	160022 MANO ACTIVA Y GUANTE	1,00	1,00	GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE
645	01/12/2016 7:38 a.m.	H 1 9989	210081 CAMBIO DE ARNES CONECTORES HD MMSS	1,00	1,00	GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE

	PROCESO: Gestión de siniestros	Código:	MIS_5_4_3_FR08
		Versión:	1
		Fecha:	2016/06/20
<b>FORMATO ACTA DE ENTREGA DE INSUMOS</b>			
<b>Aprobó:</b> German J Fernández Gerencia Medica		<b>Revisó:</b> Yeimmy Ibague Arevalo Líder SIG	
		<b>Elaboró:</b> Sandra Viviana Rincon Profesional	

**Bogotá , 22 de Noviembre de 2016**

Señor

**JAIRO CULMA CAMPOS**  
**5964222**

E. S. M

Por medio de la presente acta, se hace entrega del siguiente insumo:

Elemento:

1, MANO PROTESICA DE APERTURA VOLUNTARIA. CAMBIO DE CAUCHO PROTECTOR AXILAR, CAMBIO DE ARNES, CAMBIO DE HANGER PROXIMAL.  
2, CUERO DEL APOYO TRICIPITAL Y CAMBIO DEL GUANTE PARA PROTESIS SUPERIOR,

Referencia: CIREC

Proveedor: Centro Integral de Rehabilitación de Colombia

Garantía: No aplica Garantía por uso inadecuado o manipulación de terceros. Aplica condiciones y restricciones.


Fecha de mantenimiento:

**Nota importante:**

El elemento que aquí se entrega es de carácter devolutivo y deben ser restituidos a Positiva Compañía de Seguros S.A, en el momento que se reemplace por un insumo nuevo de la misma referencia con igual o mejor nivel de complejidad, lo cual es requisito para la entrega del nuevo insumo.

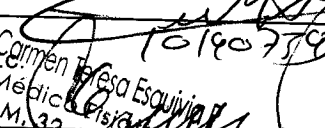
El asegurado desde este momento es responsable del insumo entregado, Positiva no sea hace responsable de pérdida o robo del mismo.

Atentamente,


 (Firma del Afiliado y/o responsable)

c.c. 5964222

 (Firma del Proveedor)

 (Firma del Representante Positiva Compañía de Seguros)

Dra. Carmen Inés Esquivia  
Médica  
R.M. 32.681.966

	<b>CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC</b>  <b>CERTIFICADO DE GARANTIA</b>  <b>GESTIÓN DE LOGÍSTICA</b>	Código:	FO-11-22
		Versión:	1
		Fecha de Emisión:	23/07/2012

FECHA DE EMISIÓN: 22/11/2016

REFERENCIA PRODUCTO:

HISTORIA CLINICA:

NOMBRE USUARIO:

ENTIDAD:

5964222

JAIRO CULMA CAMPOS

Positiva

NOMBRE PRODUCTO

PROTESIS

**CONDICIONES GENERALES:**

TIPO DE DISPOSITIVO MÉDICO:

PROTESIS: ☒

ORTESIS: ☐

LINEA BLANDA: ☐


<b>VIGENCIA DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El período de garantía de las prótesis inicia desde la fecha de entrega del dispositivo médico terminado.</li> <li>El tiempo estimado de garantía depende exclusivamente del tipo de elemento entregado y de los componentes utilizados, estos serán determinados por el técnico Prótesis u Órtesis de acuerdo a lo formulado por el Médico tratante.</li> <li>El período de garantía del dispositivo médico de línea blanda es de tres (3) meses.</li> </ul>
<b>CUBRIMIENTO DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando en sus condiciones normales de uso presente fallas.</li> <li>Por defectos de fabricación.</li> <li>Por defectos de fabricación o deterioro prematuro.</li> <li>Cuando el período de garantía haya expirado.</li> </ul>
<b>CAUSAS DE ANULACIÓN DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando se utilice el dispositivo médico bajo condiciones para las cuales no fue fabricado y adaptado, o no se tengan en cuenta las recomendaciones de uso.</li> <li>Cuando los dispositivos médicos han sido modificados por personal no autorizado por CIREC.</li> <li>Cuando se presenten alteraciones de tipo médico, variaciones antropométricas, de rendimiento o condiciones de discapacidad no presentes al inicio de la vigencia de la garantía y que limite o altere la utilización del dispositivo médico.</li> <li>Cuando el serial del dispositivo médico recibido por garantía no coincida con el entregado.</li> <li>Abandono injustificado del proceso de rehabilitación, dejando el dispositivo médico en la institución o llevándolo por más de tres (3) meses en calidad de préstamo.</li> <li>Perjuicios, pérdidas o daños del dispositivo médico causados intencionalmente.</li> </ul>
<b>EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recubrimientos cosméticos.</li> <li>Encaje (Socket).</li> <li>Componentes susceptibles de desgaste o deterioro de sus condiciones debido al uso para el cual fue formulado (Guayas, bujes, extensores en caucho, Correas, cinturones, velcro, fundas de neopreno, espumas y medias).</li> <li>Componentes susceptibles de desgaste o deterioro de sus condiciones debido al uso para el cual fue formulado (Correas, cinturones, velcro).</li> </ul>
<b>EVENTOS NO CUBIERTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventos fortuitos no previsible por la institución o por el usuario (desastres naturales, pérdida o robo).</li> <li>Corrosión.</li> <li>Producida por la exposición a ambientes húmedos, agentes químicos y secreciones corporales como el sudor.</li> </ul>
<b>CONDICIONES GENERALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de prótesis el usuario tiene derecho a tres (3) revisiones del dispositivo médico durante el período de vigencia de la garantía, sin costo alguno.</li> <li>Si el elemento objeto de la garantía es susceptible de reparación, ésta se efectuará; de lo contrario, se hará la sustitución del elemento previo concepto técnico.</li> <li>En los casos en que la reparación de algún componente del dispositivo médico no pueda ser efectuada en CIREC, ésta será enviada al fabricante, con un tiempo aproximado de respuesta de cuarenta y cinco (45) días.</li> <li>Para elementos importados como pies y rodillas, el cambio se hará sólo una vez durante la vigencia de la garantía.</li> </ul>

FIRMA DE USUARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

*Jairo Culma Campos*  
5964222 de



	<b>CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC</b>  <b>RECOMENDACIONES DE USO DE LA PRÓTESIS</b>  <b>PROCESO DE GESTION DE SERVICIOS TERAPEUTICOS</b>	Código	FO-05-13
		Versión	1
		Fecha de emisión	25/11/2011

Fecha: 22/11/2016

Usuario: JAIRO CULMA CAMPOS

H.C.: 5964222

**RECOMENDACIONES:**

- Se debe limpiar el socket diariamente con una toalla, para limpiar los excesos de sudor.
- La prótesis debe quitársela al momento de dormir.
- No dejar caer la prótesis, no golpear objetos con ella.
- La prótesis no se debe mojar, en caso que esto ocurra se deberá secar inmediatamente cada una de sus partes.
- En caso que ocurra algún daño en la prótesis, por favor no trate de arreglarla. Inmediatamente solicite cita de revisión para realizar los arreglos.
- Evitar el contacto de la prótesis con líquidos inflamables o líquidos que la puedan manchar.
- El elemento cosmético sea mano activa o pies, se debe limpiar con una toalla húmeda con agua, no debe usarse jabón; evitar colocarlo en superficies calientes, cortantes o rugosas.
- Evite el contacto de la prótesis con líquidos inflamables o líquidos que la puedan manchar.
- Para usuarios de prótesis de miembro inferior, en invierno o salidas al campo o zonas pantanosas siempre proteja la prótesis, usando botas de caucho para tener mayor duración de las partes.
- Si usted es deportista, consulte al médico para elegir la prótesis que se adapte a su deporte.
- Utilice siempre la prótesis con el tacón adecuado, idealmente el mismo que utilizó durante el entrenamiento.

**De los cuidados y recomendaciones anteriormente mencionados depende la funcionalidad y durabilidad de la prótesis.**

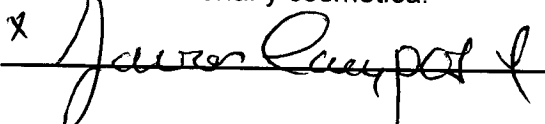
**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**Citas de control:** (Favor llamar antes de cada cita programada al PBX 7953600 ext 1190)

- |                         |            |
|-------------------------|------------|
| 1. CONTROL: FECHA _____ | HORA _____ |
| 2. CONTROL: FECHA _____ | HORA _____ |
| 3. CONTROL: FECHA _____ | HORA _____ |

**Terapeuta a cargo:** \_\_\_\_\_

Recibo la prótesis a satisfacción funcional y cosmética.

**FIRMA DEL USUARIO:** 

**C.C.:** \_\_\_\_\_



ANEXO TÉCNICO N°4  
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



Número Autorización 10073324

Fecha y hora de la Autorización 22/08/2016 15:19

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Tipo y Número de Documento NIT - 860066767 Código de habilitación 0  
Razón Social CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION COLOMBIA  
Departamento Bogotá D. C. Ciudad/Municipio BOGOTÁ, D.C. 001 Sede 0  
Dirección Carrera 54 6525 Teléfono 0 3114808  
Pagador 2248 Positiva Compañía de Seguros S.A

DATOS DEL AFILIADO

Tipo de Documento CC Número de Documento 5964222  
Nombre JAIRO CAMPOS CULMA Fecha de Nacimiento 02/02/1960  
Departamento Bogotá D. C. Ciudad/Municipio BOGOTÁ, D.C. 001  
Zona Urbana Localidad CIUDAD BOLIVAR Barrio ACAPULCO  
Dirección Residencial CR 7 E NRO 11 37  
Correo Electrónico NOTIENE@HOTMAIL.COM  
Teléfono Fijo Particular 1 7113494 Teléfono Fijo Laboral 1 8669291 Extensión  
Celular Particular 315 8669291 Celular Laboral 315 8669291  
Cobertura en Salud Régimen contributivo

Tipo Documento	No. Documento	Razón Social	Fecha Vinculación	Estado
NIT	860013816	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	1/01/81 0:00	Inactiva

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número Solicitud 9660631

No. Siniestro 60722849

	Código	Descripción
Diagnóstico Principal	Z029	EXAMEN PARA FINES ADMINISTRATIVOS, NO ESPECIFICADO
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		
Diagnóstico relacionado 4		

SERVICIO(S) AUTORIZADO(S)

Manejo integral según Guía de

Código	Descripción	Cantidad	Motivo de la Autorización
IN-00013	GUANTE COSMETICO	1	AUTORIZACION DE CAMBIO DEL GUANTE PARA PROTESIS SUPERIOR
INSPR017	KIT DE COMPONENTES DE PROTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	1	AUTORIZACION PARA CAMBIO DE MANO PROTESIS DE APERTURA VOLUNTARIA CAMBIO DE CAUCHO PROTECTOR AXILAR CAMBIO DE ARNES CAMBIO DE HANGER PROXIMAL CAMBIO DEL CUERO DEL APOYO TRICIPITAL

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

%

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de autorización

Reclamo de ticket, bono o vale de pago

Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en
Cuota Moderadora			
Copago			
Cuota de recuperación			
Otro			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA AUTORIZACIÓN

Nombre JOSE YESID

Cargo o actividad ENFERMERO JEFE

Teléfono de Contacto 1 null-null

Teléfono de Contacto 2 31-3307000-

**CUIDARTE TU SALUD S.A.S**

900241765 - 4

RHsClxFo

Pag: 1 de 2

Fecha: 09/08/16

G.etareo: 13

**HISTORIA CLINICA No. CC 5964222 -- JAIRO CAMPOS CULMA****Empresa:** POSITIVA EVENTO CENTRO EXCELENCIA**Afiliado:** ARL**Fec. Nacimiento:** 02/02/1960 **Edad actual:** 56 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguineo:****Estado Civil:** Soltero(a)**Ocupación:****Dirección:** CALLE 77 SUR 14 A 28**Barrio:** ACAPULCO**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Teléfono:** 7113494**SEDE DE ATENCIÓN:** 002 NORMANDIA**Edad:** 56 AÑOS**FOLIO** 2 **FECHA** 09/08/2016 08:10:53 **TIPO DE ATENCION** **AMBULATORIO****MOTIVO DE CONSULTA**

JUNTA NACIONAL DE PROTESIS

**ENFERMEDAD ACTUAL**

ANTECEDENTE DE TRAUMA 6/DIC/1981 SUFRIÓ AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA ARRIBA DE LA MUÑECA DERECHA AL SER ATRAPADA LA MISMA POR EL MOLINO QUE OPERABA. USA PRÓTESIS DESDE HACE 30 AÑOS Y LA ÚLTIMA PRESCRIPCIÓN FUE DE HACE 10 AÑOS AUNQUE HACE 3 AÑOS LE CAMBIARON LA MANO COSMÉTICA Y EL ARNÉS, COMPONENTES QUE SE LE HAN DETERIORADO.  
NO EMPLEADO ACTUALMENTE.

**EXAMEN FISICO**

EXTREMIDADES SUPERIORES: MUÑÓN SUPERIOR DERECHO. AMPUTACIÓN TRANSRADIAL DERECHA.  
NO HAY DOLOR AL PALPAR EL MUÑÓN. LA MOVILIDAD DEL HOMBRO Y EL CODO Y NORMAL.

DETERIORO MANO - GUANTE.

**ANALISIS**

SE SUGIERE CAMBIO DE ELEMENTOS DE PROTESIS POR DETERIORO DE PROTESIS ACTUAL.

**PLAN Y MANEJO**

FORMULACION:

1. CAMBIO DE MANO PROTESICA DE APERTURA VOLUNTARIA.
2. CAMBIO DE CAUCHO PROTECTOR AXILAR.
3. CAMBIO DE ARNES
4. CAMBIO DEL GUANTE
5. CAMBIO DE HANGER PROXIMAL
6. CAMBIO DEL CUERO DEL APOYO TRICIPITAL

ELEMENTOS FORMULADOS DEBEN SER ENTREGADOS EN JUNTA NACIONAL DE PROTESIS

ASISTEN A JUNTA NACIONAL DE PROTESIS

DRA CARMEN T ESQUIVIA. FISIATRIA

DR ALBERTO I JIMENEZ J FISIATRIA

F.T. NATALIA GARCIA

Evolucion realizada por: CARMEN TERESA ESQUIVIA PAJARO-Fecha: 09/08/16 08:13:36

**DIAGNOSTICO** S480

AMPUTACION TRAUMATICA EN LA ARTICULACION DEL HOMBRO Y DE Tipo PRINCIPAL

*Dr. Carmen Teresa Esquivia*  
Medico Fisiatra  
R.N. 32.694.1986

*C. Natalia Garcia*  
Fisioterapeuta  
R.N. 32.694.1986

7J.0 \*HOSVITAL\*

Usuario: CESQUIVIA



INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1960  
**NATAGAIMA**  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

03-MAR-1978 NATAGAIMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almendra*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMENDRA RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45146616-M-0005964222-20060517

00617 06137A 02 201681325

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.964.222


CAMPOS CULMA  
APELLIDOS

JAIRO  
NOMBRES


*Jairo Campos*

FIRMA



<b>FUNDACIÓN CIREC</b> <b>Carrera 54 No. 65 - 25. PBX: 7953600</b> <b>contactenos@cirec.org</b>				
<b>FECHA:</b>	25 de agosto de 2016	<b>COTIZACIÓN No.</b>	PR 2281	
<b>ENTIDAD:</b>	POSITIVA			
<b>NOMBRE USUARIO:</b>	JAIRO CAMPOS CULMA			
<b>DOCUMENTO:</b>	C.C 5964222			
<b>PRÓTESIS / COMPONENTES</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ELEMENTO Y CARACTERÍSTICAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>V/UNITARIO</b>	<b>V/TOTAL</b>
1600022	MANO ACTIVA Y GUANTE REF:P-010007	1	3.502.400	3.502.400
2100081	CAMBIO DE CABLE CONECTORES Y/O ARNÉS MMSS	1	273.900	273.900
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 3.776.300</b>
<b>Modelo de Rehabilitación CIREC de la "A a la Z"</b>				
<b>Valores Agregados <u>GRATUITOS</u>:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 5 Sesiones de Terapia Física u Ocupacional para Adaptación Protésica</li> <li>* Verificación de la alineación protésica en nuestro Laboratorio de Análisis de Marcha (Básico) (somos la única compañía en Colombia con esta Tecnología) (Aplica para prótesis de extremidad inferior)</li> <li>* Junta Médica para cierre de caso</li> <li>* 40 horas de intervención psicosocial</li> <li>* Para pacientes en edad productiva, acceso al banco de Hojas de Vida en el programa de Inclusión Laboral</li> <li>* 16 horas del taller "Preparación para el Mundo del Trabajo"</li> <li>* Una sesión de capacitación para el cuidador.</li> </ul>				
<b>Observaciones:</b> Vigencia de la cotización 15 días a partir de la fecha de emisión. Código 2100081 no está registrado en la lista de precios establecida.				
<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 muñón, segmento corporal o extremidad. Aplican restricciones y condiciones.				
1600022	6 meses mano. 2 meses guante. Cable y conectores no aplica garantía.			
2100081	1 Mes.			
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	30 días hábiles			
<b>EJECUTIVO COMERCIAL:</b>	Daniel Gomez			
<b>EJECUTIVO COTIZADOR:</b>	Leonardo F. Morales B. Director Planta de Prótesis			
<b>NOTA:</b> Cotización sujeta a cambios según valoración del usuario.				

Cucuta

	<b>CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC</b> <b>CERTIFICADO RECIBIDO A SATISFACCION</b> <b>GESTION LOGISTICA</b>	Código	FO-11-25
		Versión	1
		Fecha de emisión	22/07/2013

FECHA: 01/12/2016

Yo ISMAEL CENTENO GELVEZ, identificado con documento de identidad ☐ C.C ☐ T.I ☐ R.C  
 N° 5.086.708 de CUCUTA, certifico que recibí a satisfacción, por parte del Centro  
 Integral de Rehabilitación de Colombia, el siguiente elemento y/o examen:

CAMBIO DE CORREAS, HEBILLAS Y VELCROS, CAMBIO DE ACOLCHADO INTERNO, CAMBIO DE LEGÜETA INTERNA (CORSE)

FIRMA PACIENTE-NOMBRE COMPLETO:


C.C: 5.086.708DIRECCION: AV 39-76

FIRMA ACUDIENTE-NOMBRE COMPLETO:



C.C: \_\_\_\_\_

TELEFONO: 3742677890

Fu 164886

### ORDEN DISPOSITIVOS Y ELEMENTOS

**Fecha:** 02/12/2016 10:26 **Ambito:** AMBULATORIO **Admisión:** 28492 **ORDEN INT No.** 53165  
**Paciente:** CC 5086708 CENTENO GELVEZ ISMAEL **F. Nacimiento:** 29/11/1956 **Edad:** 60 a 0 m 3 d **Género:** MASCULINO  
**Pabellón:** **Habitación:** **Cama:**  
**APB:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. **Contrato:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Servicios Ordenados	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta
160698 REVISION / ARREGLO DE PROTESIS Cód.	1	Media	0		GESTOR
Referencia: 0					

### INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
T911	CONFIRMADO REPETIDO	SECUELAS DE FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL
M545	CONFIRMADO REPETIDO	LUMBAGO NO ESPECIFICADO

#### FIRMA PROFESIONAL

#### Firma Paciente

**Ordenado por:** GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE Registro Médico: 1010653542 **Dependencia:** ADMISIONES

Esta orden tiene vigencia de 30 días

12/02/2016

rptOrdenesSuministros.rpt

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA  
NI 860066767

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA

CARRERA 54 No.65-25 BARRIO MODELO NORTE TELEFONO 7953600



### Informe de Despachos en Lote

Paciente: CC 5086708 CENTENO GELVEZ ISMAEL

Hta. Clínica: 5086708

Edad: 60 a 0 m 3 d

Género: MASCULINO

Admisión: 28492


Pabellón:

Habitación:

Cama:

Código	Fecha Desp	N. Salida	Producto	Cant Ord	Cant Desp	Ordenado Por
1725	02/12/2016 10:26 a.m.	H 1 10145	160698 REVISIÓN / ARREGLO DE PRÓTESIS	1,00	1,00	GERRERO RODRIGUEZ CLAUDIA KATHERINE



	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA. CIREC	Código:	FO-11-22
	CERTIFICADO DE GARANTIA	Versión:	1
	GESTIÓN DE LOGÍSTICA	Fecha de Emisión:	18/12/2012

FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_\_

REFERENCIA PRODUCTO: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

NOMBRE USUARIO: ISMAEL CENTENO GELVEZ

C.C. 5.086.708

CONDICIONES GENERALES:

NOMBRE PRODUCTO: CAMBIO DE CORREAS, HEBILLAS Y VELCROS, CAMBIO DE ACOLCHADO INTERNO, CAMBIO DE LEGÜETA INTERNA (CORSE)

ENTIDAD: POSITIVA EPS

TIPO DE DISPOSITIVO MÉDICO: PROTESIS: ☐ ORTESIS: ☒ LINEA BLANDA: ☐

<b>VIGENCIA DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El periodo de garantía de la protesis inicia desde la fecha de la entrega del dispositivo medico terminado.</li> <li>El tiempo estimado de garantía depende exclusivamente del tipo de elemento entregado y de los componentes utilizados, estos seran determinados por el tecnico Protésista u Ortesista de acuerdo a lo formulado por el Medico tratante.</li> <li>El periodo de garantía del dispositivo medico de linea blanda es de tres (3) meses.</li> </ul>
<b>CUBRIMIENTO DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando en sus condiciones normales de uso presente fallas.</li> <li>Por defectos de fabricación.</li> <li>Por defectos de fabricación o deterioro prematuro.</li> </ul>
<b>CAUSAS DE ANULACIÓN DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el periodo de garantía haya expirado.</li> <li>Cuando se utilice el dispositivo médico bajo condiciones para las cuales no fue fabricado y adaptado, o no se tengan en cuenta las recomendaciones de uso.</li> <li>Cuando los dispositivos médicos han sido modificados por personal no autorizado por CIREC.</li> <li>Cuando se presenten alteraciones de tipo médico, variaciones antropométricas, de rendimiento o condiciones de discapacidad no presentes al inicio de la vigencia de la garantía y que limite o altere la utilización del dispositivo médico.</li> <li>Cuando el serial del dispositivo medico recibido por garantía no coincida con el entregado.</li> <li>Abandono injustificado del proceso de rehabilitación, dejando el dispositivo médico en la institución o llevándolo por más de tres (3) meses en calidad de préstamo.</li> <li>Perjuicios, pérdidas o daños del dispositivo medico causados intencionalmente.</li> </ul>
<b>EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA GARANTÍA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recubrimientos cosméticos.</li> <li>Encaje (Socket).</li> <li>Componentes susceptibles de desgaste o deterioro de sus condiciones debido al uso para el cual fue formulado (Guayas, bujes, extensores en caucho, Correas, cinturones, velcro, fundas de neopreno, espumas y medias).</li> <li>Componentes susceptibles de desgaste o deterioro de sus condiciones debido al uso para el cual fue formulado (Correas, cinturones, velcro).</li> </ul>
<b>EVENTOS NO CUBIERTOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventos fortuitos no previsible por la institución o por el usuario (desastres naturales, pérdida o robo).</li> <li>Corrosión.</li> <li>Producida por la exposición a ambientes húmedos, agentes químicos y secreciones corporales como el sudor.</li> </ul>
<b>CONDICIONES GENERALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El usuario tiene derecho a tres (3) revisiones del dispositivo médico durante el periodo de vigencia de la garantía, sin costo alguno.</li> <li>Si el elemento objeto de la garantía es susceptible de reparación, ésta se efectuará; de lo contrario, se hará la sustitución del elemento previo concepto técnico.</li> <li>En los casos en que la reparación de algún componente del dispositivo médico no pueda ser efectuada en CIREC, ésta será enviada al fabricante, con un tiempo aproximado de respuesta de cuarenta y cinco (45) días.</li> <li>Para elementos importados como pies y rodillas, el cambio se hará sólo una vez durante la vigencia de la garantía.</li> </ul>

FIRMA DEL USUARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

Ismael Centeno Gelvez  
5.086.708 DE: SAN. MONTE CASO



ANEXO TÉCNICO N°4  
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



Número Autorización 13403238

Fecha y hora de la Autorización 24/11/2016 12:20

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Tipo y Número de Documento NIT 860066767 Código de habilitación 0  
Razón Social CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION COLOMBIA  
Departamento Bogotá D. C. Ciudad/Municipio BOGOTÁ, D.C. 001 Sede 0  
Dirección Carrera 54 6525 Teléfono 0 7953300  
Pagador 2246 Positiva Compañía de Seguros S.A

DATOS DEL AFILIADO

Tipo de Documento CC Número de Documento 5086708  
Nombre ISMAEL CENTENO GELVEZ Fecha de Nacimiento 29/11/1956  
Departamento Norte de Santander Ciudad/Municipio CÚCUTA 001  
Zona Urbana Localidad CUCUTA Barrio CUCUTA  
Dirección Residencial AV 3 # 9-16 BARRIO DOÑA NIDIA  
Correo Electrónico notlene@hotmail.com  
Teléfono Fijo Particular 57 5896325 Teléfono Fijo Laboral 57 2456984 Extensión  
Celular Particular 314 2811890 Celular Laboral 311 8100632  
Cobertura en Salud Régimen contributivo

Tipo Documento	No. Documento	Razón Social	Fecha Vinculación	Estado
CC	13500560	ANTONIO LEAL PEREZ	1/04/05 0:00	Inactiva

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número Solicitud 13361463

No. Siniestro 25064932

	Código	Descripción
Diagnóstico Principal	M546	DOLOR EN LA COLUMNA DORSAL
Diagnóstico relacionado 1	M510	TRASTORNOS DE DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARES Y OTROS, CON MIELOPATIA (G99.2*)
Diagnóstico relacionado 2	M431	ESPONDILOLISTESIS
Diagnóstico relacionado 3	S460	TRAUMATISMO DE TENDON DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO
Diagnóstico relacionado 4	M511	TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

SERVICIO(S) AUTORIZADO(S)

Manejo Integral según Guía de

Código	Descripción	Cantidad	Motivo de la Autorización
ORT003	ORTESIS	1	AUTORIZACIÓN PARA CAMBIO DE ELEMENTOS A CORSE ACTUAL CAMBIO DE CORREAS, HEBILLAS Y VELCROS, CAMBIO DE ACOLCHADO INTERNO, CAMBIO DE LENGÜETA INTERNA

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

%

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de autorización

Reclamo de ticket, bono o vale de pago

Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en
Cuota Moderadora			
Copago			
Cuota de recuperación			
Otro			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA AUTORIZACIÓN

Nombre JOSÉ YESID

Cargo o actividad ENFERMERO JEFE

Teléfono de Contacto 1 null-null

Teléfono de Contacto 2 31-3307000-



CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA

Página 1 de 1

Paciente: CC 5086708 CENTENO GELVEZ ISMAEL

Edad: 59 a 11 m 18 d

Fecha Impresión: 17/11/2016

Sexo: Masculino

Estado Civil: NO APLICA

Ocupación: ELECTRICISTAS

Religión: Mormón

Epicrisis generada para: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Información de Ingreso

Día Ing: 15/11/16 12:13 p.m.

Tp Adm: AMBULATORIO

Triaje: Sin Valoración

Día Sal:

EPICRISIS EMPRESA Y PACIENTE

EVOLUCION - EVOLUCION

Evolución - JUNTA DE MOVILIDAD

PROCEDENCIA: CUCUTA

AT: 3 DIC 2005, TRM L4-L5-S1. LE CAYERON PIEDRAS EN MINA, CANAL LUMBAR ESTRECHO L4 CON LUMBALGIA SECUNDARIA Y DOLOR NEUROPATICO DE MIEMBROS INFERIORES.

MC: VALORACION DE CORSE

S/ SE ME DAÑO EL CORSE, PACIENTE REFIERE DAÑO EN CORREAS DE CORSE, ADEMAS DOLOR LUMBAR INTENSO CUANDO NO LO USA. TRAE HC DE JUNTA DE NEUROCIRUGIA EN DONDE DECIDEN QUE EN EL MOMENTO NO ES CANDIDATO PARA MANEJO QUIRURGICO Y DEBE SEGUIR TRATAMIENTO POR FISIATRIA Y ANALGESIA. VALORACION DE FISIATRA QUE INDICA CONTINUAR USO DE CORSE POR DOLOR. Q/ CORSE TLSSO CON NOTORIO DAÑO DE CORREAS, AUSENCIA DE HEBILLA CENTRAL Y DAÑO EN LA UNION DE LAS OTRAS, VELCROS QUE NO GENERAN ADHERENCIA, ACOLCHADO INTERNO CON MARCADO DAÑO. AJUSTE ADECUADO A TRONCO, PERO SIN EMBARGO LA LENGÜETA INTERNA ES MUY CORTA.

A/ PACIENTE CON INDICACION DE USO DE CORSE POR DOLOR LUMBAR, ESTE PRESENTA DAÑOS ANOTADOS POR LO QUE SE INDICA:

1. CAMBIO DE CORREAS, HEBILLAS Y VELCROS
2. CAMBIO DE ACOLCHADO INTERNO
3. CAMBIO DE LENGÜETA INTERNA

ASISTENTES A JUNTA:

- CATALINA URREGO, FISIATRA
- JORGE MORALES, PROTESISTA.

DIAGNOSTICOS CIE

Código: T911

Nombre: SECUELAS DE FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

Categoría: Diagnóstico Principal

Descripción:

Observaciones:

L4-L5-S1

Código: M545

Nombre: LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

Categoría: Diagnóstico Relacionado 1

Descripción:

Información Complementaria

Finalidad de la Consulta

Causa externa

Finalidad del Procedimiento

NO APLICA

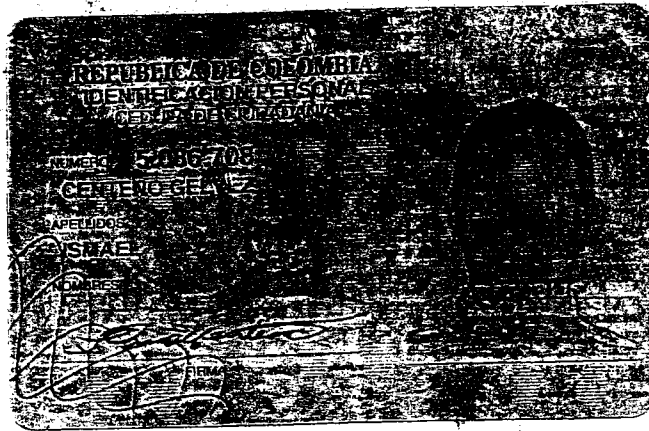
ACCIDENTE DE TRABAJO

Prof.: URREGO CHINOME JENNY CATALINA - RM: 33367520 Fecha: 15/11/2016 07:13:00p.m.

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Registros asistenciales firmados electrónicamente.

PA Michael



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 29-NOV-1956

SAN MARTIN

(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70  
ESTATURA

A+  
G.S. RH

M  
SEXO

10-SEP-1976 SAN MARTIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00139028-M-0005086708-20081218

0008321909A 1

7030001073

NOMBRES DEL AFILIADO

ISMAEL

APELLIDOS DEL AFILIADO

CENTENO GEL-EZ

TIPO Y No. IDENTIFICACION

CC 5086703

SOLICITE SU CITA MEDICA

1111



EPS EN LINEA (ATENCION AL USUARIO 24 HORAS)  
DESDE BOGOTA 051 10 00  
Y RESTO DEL PAIS 01 8000 120096

www.saludcoop.coop

SaludCoop

DISCAPACIDAD

IPS  
de Santander - La caba

CIUDAD

Cucuta

TELEFONOS

5711152

La utilización de este carné es personal e intransferible

<b>FUNDACIÓN CIREC</b> <b>Carrera 54 No. 65 - 25. PBX: 7953600</b> <b>contactenos@cirec.org</b>		 <b>FUNDACIÓN</b> <b>cirec</b> <small>TRANSFORMAMOS VIDAS</small>		
<b>FECHA:</b>	22 de noviembre de 2016	<b>COTIZACIÓN No.</b>	PR 2522	
<b>ENTIDAD:</b>	POSITIVA			
<b>NOMBRE USUARIO:</b>	ISMAEL CENTENO GELVEZ			
<b>DOCUMENTO:</b>	CC 5086708			
<b>PRÓTESIS / COMPONENTES</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>ELEMENTO Y CARACTERÍSTICAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>V/UNITARIO</b>	<b>V/TOTAL</b>
1600261	CODIGO PARA ARREGLOS EN GENERAL (NO ESTANDARIZADOS)	1	114.300	114.300
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 114.300</b>
<b>Modelo de Rehabilitación CIREC de la "A a la Z"</b>				
<b>Valores Agregados <u>GRATUITOS</u>:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 5 Sesiones de Terapia Física u Ocupacional para Adaptación Protésica</li> <li>* Verificación de la alineación protésica en nuestro Laboratorio de Análisis de Marcha (Básico) (somos la única compañía en Colombia con esta Tecnología) (Aplica para prótesis de extremidad inferior)</li> <li>* Junta Médica para cierre de caso</li> <li>* 40 horas de intervención psicosocial</li> <li>* Para pacientes en edad productiva, acceso al banco de Hojas de Vida en el programa de Inclusión Laboral</li> <li>* 16 horas del taller "Preparación para el Mundo del Trabajo"</li> <li>* Una sesión de capacitación para el cuidador.</li> </ul>				
<b>Observaciones:</b> Vigencia de la cotización 15 días a partir de la fecha de emisión. Código no incluido en la lista de precios establecida.				
<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 muñón, segmento corporal o extremidad. Aplican restricciones y condiciones. 1600261                      1 Mes.				
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	30 días hábiles			
<b>EJECUTIVO COMERCIAL:</b>	Daniel Gomez			
<b>EJECUTIVO COTIZADOR:</b>	Leonardo F. Morales B. Director Planta de Prótesis			
<b>NOTA:</b> Cotización sujeta a cambios según valoración del usuario.				