

**Ingreso:** 622776**Fecha de Impresión:** lunes, 23 de octubre de 2023 2:57 p. m.**Identificación:** 1082124859**Nombres:** YISED ANDREA**Apellidos:** ESPINOSA VARGAS**DATOS BASICOS****Fecha Ingreso:** 18/09/2016 11:30:49 p. m.**Fecha Egreso:** 19/09/2016 10:54:44 p. m.**Servicio Ingreso:** URGENCIAS HOSPITALIZACION**Servicio Egreso:** URGENCIAS HOSPITALIZACION**Causa del Ingreso:** Enfermedad general adulto**Tipo Documento:** CC **Numero:** 1082124859**Apellidos:** ESPINOSA VARGAS**Edad:** 30 Años 08 Meses 15 Dias (3/01/1986)**Nombres:** YISED ANDREA**Sexo:** FEMENINO**Dirección:** LA UNION PENEYA - OTROS - LA MONTAÑITA**Tipo Paciente:** SUBSIDIADO**Telefono:** 3218761830 - 3128266034**Tipo Afiliado:** NO APLICA**Entidad:** ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD**Estado Civil:** UNION LIBRE**Profesión:** GENERAL**Grupo Etnico:** NINGUNO DE LOS ANTERIORES**Fecha Nacimiento:** 3/01/1986 12:00:00 a. m.**DIAGNOSTICO DEFINITIVO****Codigo CIE10** I743**Diagnostico** EMBOLIA Y TROMBOSIS DE ARTERIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES**CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION****19/09/2016 10:57:32 p. m.** SE DA EGRESO POR REMISION A CLINICA UROS NEIVA A VALORAICON POR CIRUGIA VASCULAR. AMBULANCIA BASICA**Profesional:** ANDRES JARAMILLO GOMEZ

MEDICINA GENERAL

**DATOS DE INGRESO****ANAMNESIS****Motivo de Consulta:** DOLOR .**Enfermedad Actual:** REFIERE QUE DESDE HACE 2 DIAS PRESNETA DOLOR INTENSO EN PIE IZQUIERDO , SE HA TORNADO CIANOTIOCO Y FRIO SEGUN MANIFIESTA . EL DOLOR EMPEORA CON LA BIPEDESTACION . TIENE ANTECEDENTES D E ARTRITIS REUMATOSIDE EL CUAL HA REQUERIDO MPARA SU MANJO D E METROTEXATE, CLOROQUINA , Y PREDNISOLONA QUE SUSPENDIO HACE 2 MESES.  
REMITIDA DE UNION PENEYA.**ANTECEDENTES****Medicos:** -- No Refiere --  
**Quirurgicos:** -- No Refiere --  
**transfusionales:** -- No Refiere --  
**Inmunologicos:** -- No Refiere --  
**Alergicos:** -- No Refiere --  
**Traumaticos:** -- No Refiere --  
**Psicologicos:** -- No Refiere --  
**Farmacologicos:** -- No Refiere --  
**Familiares:** -- No Refiere --  
**Toxicos:** -- No Refiere --  
**Otros:** -- No Refiere --**ANTECEDENTES****Medicos:** -- No Refiere --**Profesional:** ANDRES JARAMILLO GOMEZ**Especialidad:** MEDICINA GENERAL**Tarjeta Prof. #** 1032411999

Ingreso: 622776

Fecha de Impresión: lunes, 23 de octubre de 2023 2:57 p. m.

Identificación: 1082124859

Nombres: YISED ANDREA

Apellidos: ESPINOSA VARGAS

Quirurgicos: -- No Refiere --  
transfusionales: -- No Refiere --  
Inmunologicos: -- No Refiere --  
Alergicos: -- No Refiere --  
Traumaticos: -- No Refiere --  
Psicologicos: -- No Refiere --  
Farmacologicos: -- No Refiere --  
Familiares: -- No Refiere --  
Toxicos: -- No Refiere --  
Otros: -- No Refiere --

## REVISION POR SISTEMAS

LOS REFREIDOS

## OBJETIVO - EXAMEN FISICO

TA: 120/60 mmHg TAM: 80,00 mmHg FC: 69 lpm FR: 22 rpm T: 36 °C SO2: 99% PESO: 57 KG TALLA: 155 CM  
IMC: 23,73 Kg/m<sup>2</sup>

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:  N  AN NORMOCEFALO, PINRAL , SIMETRIA FACIAL, RASGOS DE CUSHING  
Ojos:  N  AN  
ORL:  N  AN  
Cuello:  N  AN  
Torax:  N  AN SIMETRICO . RUIDOS CRADIACOS RITMICOS , MUMRULLO VESICULAR CONSERVADO  
Abdomen:  N  AN BLANDO , NO DOLOROSO  
Genitourinario:  N  AN  
Extremidades:  N  AN MII: PIE IZQUIERDO : SE EVIDENCIA CIANOSIS EN DEDOS , Y REGION PLANTAR ,  
FRIALDAD EN TODO EL PIE , NO S E PALPA PULPO PEDIO. SENSIBILIDAD CONSERVADA.  
Neurologica:  N  AN SIN D EFCICT APARENTE  
Piel:  N  AN

Observaciones:

## ANALISIS

18/09/2016 11:43:38 p. m. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOSIDA CON OCLUIION ARTERIAL Y&O  
VENOSA DE PIE IZQUIERDO QUIEN OPRESENTA CIANOSIS , Y AUSENCIA DE PULSO .  
SE DEJA EN OBSERVCAON SS. DOPPLER VENOSO Y ARTERIAL  
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40 MG SC CADA 2 4 HORAS  
PIE ELEVADO .  
VAL POR MEDICINA INTERNA  
DIPRONA TRAMADOL

Profesional: ALTAMAR DE LOS REYES MARTHA LUZ

MEDICINA GENERAL

## RESUMEN DE EVOLUCIONES

### 1. 1. URGENCIAS HOSPITALIZACION

- 18/09/2016 11:49:29 p. m. secaga valoracion por cirugia general.

Profesional: ALTAMAR DE LOS REYES MARTHA LUZ

MEDICINA GENERAL

- 19/09/2016 1:01:17 a. m. PACIENTE QUE MANIFIESTA QUE HACE APROXIMADAMENTE 56 HORAS EMPIEZA A PRESNETAR  
FIRIAL DEL PIE IZQUIERDO, CON DOLOR, POSTERIORMENTE CAMBISO DE LA COLORACION, NO

Profesional: ANDRES JARAMILLO GOMEZ

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tarjeta Prof. # 1032411999

Ingreso: 622776  
Identificación: 1082124859

Fecha de Impresión: lunes, 23 de octubre de 2023 2:57 p. m.

Nombres: YISED ANDREA

Apellidos: ESPINOSA VARGAS

DISNEA, NO DOLOR TORAXICO. ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO HASTA HACE 3 MESES CON METOTREXATE, CLOROQUINA, PREDNISONA

HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE, LOS SIGNOS VITALES CONSERVADOS NORMALES, PUNTALES, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO NORMAL, TORAX EUPNEICO, EUPCARDICO, SIN DOLOR, ABDOMEN NO DOLOROSO, EXTREMIIDADES EUTROFICAS, EN PIE IZQUIERDO AY FRIALDA, CON CIANOSIS EN REGION DISTAL DEL SEGUNDO A 4 DEDO, NO SEPALPAN PULSOS PEDIO, PERONEO, EN PLANTA DEL MISMO PIE HAY ZONAS CON CIANOSIS, DOLOR A LA PALPACION, NO EDEMA.

PACIENTE CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE OBSTRUCCION ARTERIAL EN PIE IZQUIERDO, CON MEDICACION ANALGESIACA, Y DOPLER ARTERIOVENOSOS DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES TAMBIEN SOLICITADO. YA COMENTADA CON DR PERZ CIRUJANO DE TURN, , ESTAN PENDIENTE PARACLINICOS SOLICITADOS.

Profesional: CASTRO GONZALEZ DAIMIR

MEDICINA GENERAL

- 19/09/2016 10:16:43 a. m. Paciente de 30 años con diagnóstico de enfermedad arterial periférica izquierda presenta vómito persistente por lo cual se carga metoclopramida, tiene tramal de base

Profesional: PEREZ MUÑOZ OSCAR FERNANDO

MEDICINA GENERAL

- 19/09/2016 3:28:49 p. m. PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD CON DX:

1. EMBOLIA ARTERIAL CON OCLUSIÓN DE LA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR Y POSTERIOR
2. ARTRITIS REUMATOIDE

S: DOLOR INTENSO EN MII

O: SV PA 132/70 FC 70 FR 19 SATO2 98% AFEBRIL, TOLERA DECUBITO, NORMOCEFALO, PUPILAS NORMOREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, NO RIGIDO, NO INGURGITADO, TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE A LA MANIOBRA BIMANUAL SIN USO DE MUSCULOS ACCESORIOS, NO AGREGADOS PULMONARES, CORAZON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, ABDOMEN RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, EXTREMIIDADES AUSENCIA DE PULSOS EN MII, CIANOSIS DISTAL, FRIALDAD DISTAL, NO LLENADO CAPILAR, NO EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

DOPLER ARTERIAL: OCLUSIÓN DE LA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR Y POSTERIOR

PENDIENTE EVALUACION POR MEDICINA INTERNA

PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

MORFINA 3 MG POR DOLOR

Profesional: MARCOS AYALA HENAO

MEDICINA GENERAL

- 19/09/2016 4:59:54 p. m. NOTA MEDICINA INTERNA URGENCIAS

PACIENTE FEMEMNINA CON DX:

- 1- TROMBOIS EN ARTERIA DE MIEMBRO INFERIOR

SIGNOS VITALES: TA: 132/87, FC: 81 LPM, FR: 20

PACIENTE CON DOLOR INTENSO A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO Y COLORACION CIANÓTICA QUE SE EXTINDE DESDE REGION PLANTAR Y DORSAL HASTA EL TERCIO DISTAL CON DOLOR INTENSO Y CIANOSIS Y CON ECOGRAFIA QUE DEMUESTRA UNA LESION EN LA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR Y POSTERIOR, OBSTRUCCION ARTERIAL AGUDA, CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE BASE, PROBABLEMENTE PORSINDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, INICIAR HEPARINA BAJO PESO 40 MG CADA 12 HORAS, WARFARINA 5 MG CADA 12, ASPRINA 100 MG DIA, MORFINA 3 MG CADA 4 HORAS IV. REMITIR URGENTE A CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA, RIESGO DE AMPUTACION ELEVADO :60%

PLAN

- 1- REMITIR URGENTE A CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA - REMITIR EN AMBULANCIA BÁSICA
2. HEPARINA BAJO PESO 40 MG CADA 12 HORAS,
3. WARFARINA 5 MG CADA 12
4. ASPRINA 100 MG DIA
5. MORFINA 3 MG CADA 4 HORAS IV

Profesional: PLATA SERRANO LUIS GONZALO

MEDICINA INTERNA

- 19/09/2016 8:39:43 p. m. PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. CON FRIALDAD. DOLOR DE REPOSO. PARESTESIAS. MALA PERFUSION. LLENADO CAPILAR MUY LENTO. PERDIDA DE LOS

Profesional: ANDRES JARAMILLO GOMEZ

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tarjeta Prof. # 1032411999

Ingreso: 622776  
Identificación: 1082124859

Fecha de Impresión: lunes, 23 de octubre de 2023 2:57 p. m.  
Nombres: YISED ANDREA  
Apellidos: ESPINOSA VARGAS

PULSOS. SE ESTA INTENTANDO LA REMISION PARA CIRUGIA VASCULAR. INTENTO COMUNICARME CON CIRUJANOS DE NEIVA ROMERO Y RAMIREZ, PERO SON INFRUCTUOSAS MIS LLAMADAS. ESTA CON WARFARINA, ASA Y HEPARINA. COMBINACION QUE NO VA A LOGRAR EL PROPOSITO DE DESOBSTRUIR LA VASCULATURA ARTERIAL . COMIENZA A TENER RIGOR MORTIS EN SU EXTREMIDAD. HE INTENTADO REMITIRLA, COMUNICARME CON PERSONAL ADMISNISTRATIVO DE ASMET, PERO TAL VEZ DEBIDO A LA HORA, HA SIDO INFRUCTUOSO TODO EL ESFUERZO. NO SOY CIRUJANO VASCULAR. LO DISTAL DE LA LESION DIFICULTA ENORMEMENTE LA POSIBILIDAD DE UNA ARTERIOTOMIA Y EMBOLECTOMIA. SUS SIGNOS VITALES ESTAN ESTABLES. CONTINUAMOS INTENTANDO LA REMISION A OTRO NIVEL DE ATENCION. EL CASO ES MALO. EL TIEMPO CORRE EN CONTRA DE LA VIABILIDAD DE SU EXTREMIDAD.  
LA EVOLUCION DE SU PROBELMA EN ESTOS MOMENTOS ESTA DESDE HACE 3 DIAS Y LOS SINTOMAS SON MAYORES DESDE HACE 6 HORAS. CON LO CUAL LAS POSIBILIDADES SON MINIMAS.  
EN MINUTOS IREMOS CON REFERENCIA PARA INTENTAR UBICAR ESTA PACIENTE EN UN III-IV NIVEL DE COMPLEJIDAD.

Profesional: ESCOBAR CASTAÑEDA FERNANDO

CIRUGIA GENERAL

#### COMPLICACIONES

EMBOLIA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

#### PRONOSTICO

RESERVADO

#### RECOMENDACIONES

REMISION CLINICA UROS NEIVA CIRUGIA VASCULAR .  
REMISION AMBULANCIA BASICA

#### IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
I743	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE ARTERIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	TROMBOSIS ARTERIAL Y/O VENOSA DE PIE IZQUIERDO .	<input checked="" type="checkbox"/>

#### ORDENES MEDICAS

#### SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

##### Servicios Con Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
18/09/2016 11:43:38 p. m.	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS FLUIDOS	2	<input type="checkbox"/>
Interpretación: NORMAL		Folio Inter: 9	

##### Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
Creatinina	0.67 mg/dl	Hombres: 0.7 - 1.4 mg/dl;Mujeres: 0.6 - 1.1 mg/dl;Tecnica:Espectrofotometria;

18/09/2016 11:43:38 p. m.	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (HMI)	2	<input type="checkbox"/>
Interpretación: NORMAL		Folio Inter: 9	

##### Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
Recuento de Leucocitos	10.32 x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
Recuento de Eritrocitos	4.82 x10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	
Hemoglobina	14.22 g/dl	
Hematocrito	42.25 %	

Profesional: ANDRES JARAMILLO GOMEZ  
Especialidad: MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Prof. # 1032411999

Ingreso: 622776

Fecha de Impresión: lunes, 23 de octubre de 2023 2:57 p. m.

Identificación: 1082124859

Nombres: YISED ANDREA

Apellidos: ESPINOSA VARGAS

Volumen Corpuscular Medio	87.60 fl	
HB Corpuscular Media	29.48 pg	
Concentracion HB Corpuscular Media	33.66 g/dl	
Ancho Distribucion Eritrocitaria	14.26 %	
Recuento de Plaquetas	328 x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
Volumen Plaquetario Medio	7.82 fl	Formula Leucocitaria;
% Neutrofilos	71.40 %	
% Linfocitos	20.20 %	
% Monocitos	6.50 %	
% Eosinofilos	1.10 %	
% Basofilos	0.80 %	
# Neutrofilos	7.37 x10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup>	
# Linfocitos	2.08 x10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup>	
# Monocitos	0.67 x10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup>	
# Eosinofilos	0.11 x10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup>	
# Basofilos	0.08 x10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup>	

● 18/09/2016 11:43:38 p. m. NITROGENO UREICO [BUN] (HMI)

2

Interpretación: NORMAL

Folio Inter: 9

**Resultados de la Muestra**

Analitos	Valor	Observación
Nitrogeno Ureico	6.75 mg/dl	Tecnica:Espectrofotometria;

● 18/09/2016 11:43:38 p. m. TIEMPO DE PROTROMBINA [PT] (HMI)

2

Interpretación: NORMAL

Folio Inter: 9

**Resultados de la Muestra**

Analitos	Valor	Observación
Tiempo de Protrombina - PT	13.3 Seg	
MEDIA POBLACIONAL	12.8 Seg	
INR	1.05	Tecnica:Variacion de Densidad optica;

● 18/09/2016 11:43:38 p. m. TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT] (HMI)

2

Interpretación: LEVEMENTE AUMENTADO

Folio Inter: 9

**Resultados de la Muestra**

Analitos	Valor	Observación
Tiempo Parcial de Tromboplastina	34.2 Seg	
Control Diario	32.0 Seg	

● 18/09/2016 11:43:38 p. m. UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA (HMI)

2

Interpretación: IVU

Folio Inter: 9

**Resultados de la Muestra**

Analitos	Valor	Observación
Color	AMARILLO	
Aspecto	TURBIO	
Glucosa	NORMAL	
Proteinas	500 mg/dL	
Bilirrubina	1 mg/dL	
Urobilinogeno	NORMAL	
pH	6.0	
Densidad	1.030	
Sangre	NEGATIVO	
Cetonas	10 mg/dL	
Nitritos	NEGATIVO	
Leucocitos	NEGATIVO	ANALISIS MICROSCOPICO;
Leucocitos	14-16 x campo	

Profesional: ANDRES JARAMILLO GOMEZ

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tarjeta Prof. # 1032411999

Ingreso: 622776

Fecha de Impresión: lunes, 23 de octubre de 2023 2:57 p. m.

Identificación: 1082124859

Nombres: YISED ANDREA

Apellidos: ESPINOSA VARGAS

Celulas Epiteliales

4-6 x campo

Bacterias

++++

CRISTALES;CILINDROS;

• 18/09/2016 11:49:29 p. m. INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA

3



Interpretación: NOTA MEDICINA INTERNA URGENCIAS

Folio Inter: 7

PACIENTE FEMEMNINA CON DX:

1- TROMBOIS EN ARTERIA DE MIEMBRO INFERIOR

SIGNOS VITALES: TA: 132/87, FC: 81 LPM, FR: 20

PACIENTE CON DOLOR INTENSO A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO Y COLOROACION CIANÓTICA QUE SE EXTINDE DESDE REGION PLANTAR Y DORSAL HASTA EL TERCIO DISTAL CON DOLOR INTENSO Y CIANOSIS Y CON ECOGRAFIA QUE DEMUESTRA UNA LESION EN LA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR Y POSTERIOR, OBSTRUCCION ARTERIAL AGUDA, CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE BASE, PROBABLEMENTE PORSINDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, INICIAR HEPARINA BAJO PESO 40 MG CADA 12 HORAS, WARFARINA 5 MG CADA 12, ASPRINA 100 MG DIA, MORFINA 3 MG CADA 4 HORAS IV. REMITIR URGENTE A CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA, RIESGO DE AMPUTACION ELEVEDO :60%

PLAN

- 1- REMITIR URGENTE A CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA - REMITIR EN AMBULANCIA BÁSICA
- 2. HEPARINA BAJO PESO 40 MG CADA 12 HORAS,
- 3. WARFARINA 5 MG CADA 12
- 4. ASPRINA 100 MG DIA
- 5.MORFINA 3 MG CADA 4 HORAS IV

**MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL**

**Medicamento**

**Manejo Extramural**

ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA

DIPIRONA MAGNESICA 2G/5ML SOLUCION INYECTABLE

HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40MG/ 0.4ML SOLUCION INYECTABLE

METOCLOPRAMIDA AMPOLLA 10MG/2ML SOLUCION INYECTABLE

MORFINA 10 mg/mL SOLUCION INYECTABLE

TRAMADOL CLORHIDRATO 50MG/ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA

WARFARINA SODICA 5MG TABLETA

CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE

Representante Legal: LINA MARCELA GIRALDO RINCON

Profesional: ANDRES JARAMILLO GOMEZ

Numero de Cedula: 24335411

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tar. Profesional # 1032411999

Profesional: ANDRES JARAMILLO GOMEZ

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tarjeta Prof. # 1032411999

### INFORMACION GRABADA

#### DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código habilitación sede principal: 180010002501  
Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE  
Clase de prestador: Instituciones - IPS

#### DATOS DE LA SEDE

Código habilitación sede: 180010002501-HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACL  
Departamento: Caquetá  
Municipio: FLORENCIA

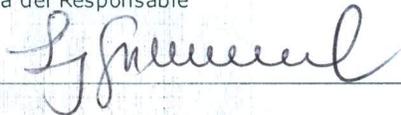
#### DATOS NOVEDAD

Número de radicación: 007  
Fecha de radicación: 20170117

Si esta autorizando la novedad de APERTURA DE SEDE DEL PRESTADOR desea aplicar la Resolución 5158 de 2015.  SI  NO

Señor Entidad Territorial de Salud: Tenga en cuenta, que si ya fue comunicado al prestador de servicios de salud, sobre la visita a los servicios de salud, si fuese el caso, el PRESTADOR no puede presentar NOVEDADES, mientras que dicha visita no hubiese concluido. (Resolución 2003 de 2014. Artículo 14. Paragrafo 1.)

Firma del Responsable



Nombre y apellidos del responsable: LILIBET JOHANA GALVAN MOSHEYOFF  
CC 36693444 DE SANTA MA

### INFORMACION GRABADA

# CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ,  
DIRECCIÓN DESARROLLO SERVICIOS DE SALUD.  
DIRECTORA TECNICA.

## HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE, en su sede de prestador HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE del municipio de FLORENCIA - departamento de CAQUETÁ, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

### IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:		1800100025 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE			
NI: Nit / CC: Cédula	NI: 891180098	Nombre o razón social:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE		
Fecha de inscripción:	2006/11/16	Fecha de vencimiento:	2017/01/30	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Prestación de Servicios:	2
Empresa Social del Estado:	SI	Carácter Territorial de la Entidad:	DEPARTAMENTAL	Acreditado:	NO
Representante Legal:	JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO			Dirección administrativa:	DIAGONAL 20 NO 7-29
Telefono:	4366464	Fax:		Email:	planeacion@hmi.gov.co
Municipio:	FLORENCIA		Departamento:	CAQUETÁ	

### ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
ORDENANZA	14	19940805		

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

### SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:		180010002501 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE			
Dirección:	DG 20NO 7-93	Barrio:	CENTRO		
Telefono:	4352070	Fax:	141	Email:	planeacionesehmi@gmail.com
Gerente:	JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO		Fecha de Apertura:	2006/11/16	
Municipio:	FLORENCIA		Departamento:	CAQUETÁ	

SEDE.

Código y Nombre Sede:		180010002501 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE											
Dirección:		DG 20NO 7-93						Barrio:			CENTRO		
Telefono:		4352070		Fax:		141		Email:			planeacionesehmi@gmail.com		
Gerente:				JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO				Fecha de Apertura:			2006/11/16		
Municipio:				FLORENCIA				Departamento:			CAQUETÁ		

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMDD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135296
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135297
INTERNACIÓN	103	PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135298
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090304	DHS135299
INTERNACIÓN	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20090304	DHS135300
INTERNACIÓN	112	OBSTETRICIA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135301
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20160217	DHS333609
INTERNACIÓN	124	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140521	DHS135302
INTERNACIÓN	126	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135303
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135304
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135305
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135306
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135308
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135309
QUIRÚRGICOS	211	CIRUGÍA ORAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135311
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150805	DHS135312
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20170106	DHS442248
QUIRÚRGICOS	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135314
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135316
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090130	DHS135317
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135318
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090130	DHS135319
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135320
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20160217	DHS135321
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090130	DHS135322

CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	SI	NO	SI	NO	20141030	DHS165723							
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135323							
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135324							
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGIA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135326							
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICION Y DIETETICA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135327							
CONSULTA EXTERNA	335	OFTALMOLOGIA	SI	NO	SI	NO	20101008	DHS135329							
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135331							
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGIA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135332							
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRIA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135333							
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGIA	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135334							
CONSULTA EXTERNA	345	PSIQUIATRIA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135335							
CONSULTA EXTERNA	348	REUMATOLOGIA	SI	NO	SI	NO	20170106	DHS442249							
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGIA	SI	NO	SI	NO	20150805	DHS135336							
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD: NEUROPSICOLOGIA	SI	NO	SI	NO	20150603	DHS266465							
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGIA DE MANO	SI	NO	SI	NO	20170106	DHS442250							
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGIA MAXILOFACIAL	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135338							
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135339							
TRANSPORTE ASISTENCIAL	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135340
TRANSPORTE ASISTENCIAL	602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140605	DHS135341
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	706	LABORATORIO CLINICO	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135343						
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	710	RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	SI	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135344						
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135345						
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	713	TRANSFUSION SANGUINEA	NO	SI	NO	SI	NO	20140530	DHS135346						

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	SI	NO	20061116	DHS135347								
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135348						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135349						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	725	ELECTRODIAGNÓSTICO	SI	SI	NO	SI	NO	20140521	DHS135351						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135352
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135353
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135354
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLÓGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135355
OTROS SERVICIOS	818	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135357
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20101008	DHS135358
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135360							

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMDD)	FECHA CIERRE TEMPORAL (AAAAMDD)	DISTINTIVO
QUIRÚRGICOS	206	CIRUGIA NEUROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140822	20160217	DHS135307
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGIA ÓTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	20160217	DHS135310
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20120420	20160217	DHS135337

**CONVENCIONES:**

AMB: Intramural Ambulatorio

HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia

IR: Telemedicina Institución Remisora

BAJA: Complejidad Baja

MEDI: Complejidad Media

ALTA: Complejidad Alta

## CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
AMBULANCIAS	BÁSICA	2
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	1
APOYO TERAPEÚTICO	SILLAS DE HEMODIÁLISIS	0
CAMAS	CUIDADO AGUDO MENTAL	0
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO MENTAL	0
CAMAS	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	10
CAMAS	PEDIÁTRICA	35
CAMAS	ADULTOS	79
CAMAS	OBSTETRICIA	10
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	10
CAMAS	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	7
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	0
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	0
CAMAS	PSIQUIATRÍA	20
SALAS	QUIRÓFANO	4
SALAS	PARTOS	1
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1

## DETALLE AMBULANCIAS.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	NUMERO PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA DE PROPIEDAD	FECHA DE APERTURA (AAAAMDD)
AMBULANCIAS	BÁSICA	OZD444	TERRESTRE	2010	10000483243	20120515
AMBULANCIAS	BÁSICA	ODR233	TERRESTRE	2008	10005110819	20160126
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	OZD421	TERRESTRE	2007	07-18001000-2381520	20170117

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ, de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; así como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el día martes 17 de enero de 2017 (10:31 a. m.).

  
LILIBET JOHANA GALVAN MOSHEYOFF.  
DIRECTORA TECNICA.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Elaborado por el usuario del ente territorial: 18000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 18000REPS

Versión 1.0.

Fecha de impresión: martes 17 de enero de 2017 (10:31 a. m.).

### INFORMACION GRABADA

#### DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código habilitación sede principal: 180010002501  
Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE  
Clase de prestador: Instituciones - IPS

#### DATOS DE LA SEDE

Código habilitación sede: 180010002501-HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACL  
Departamento: Caquetá  
Municipio: FLORENCIA

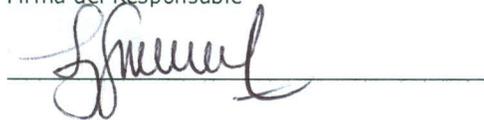
#### DATOS NOVEDAD

Número de radicación: 159  
Fecha de radicación: 20160819

Si esta autorizando la novedad de APERTURA DE SEDE DEL PRESTADOR desea aplicar la Resolución 5158 de 2015.

SI  NO

Firma del Responsable



Nombre y apellidos del responsable: LILIBET JOHANA GALVAN MOSHEYOFF  
CC 36693444 DE SANTA MA

### INFORMACION GRABADA

**CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE  
SERVICIOS DE SALUD.**

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ.  
DIRECCIÓN DESARROLLO SERVICIOS DE SALUD.  
DIRECTORA TECNICA.

**HACE CONSTAR**

Que el prestador de servicios de salud HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE, en su sede de prestador HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE del municipio de FLORENCIA - departamento de CAQUETÁ, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.**

Código y Nombre del Prestador:		1800100025 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE			
NI:Nit / CC:Cédula	NI:891180098	Nombre o razón social:		HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE	
Fecha de inscripción:	2006/11/16	Fecha de vencimiento:	2017/01/30	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Prestación de Servicios:	2
Empresa Social del Estado:	SI	Carácter Territorial de la Entidad:	DEPARTAM ENTAL	Acreditado:	NO
Representante Legal:				Dirección administrativa:	DG 20 NO 7-93
Telefono:	4352070	Fax:	141	Email:	planeacionesehmi@gmail.com
Municipio:	FLORENCIA		Departamento:		CAQUETÁ

**ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.**

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
ORDENANZA	14	19940805		

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMDD)

**SEDE PRINCIPAL.**

Código y Nombre Sede Principal:		180010002501 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE			
Dirección:	DG 20NO 7-93	Barrio:		CENTRO	
Telefono:	4352070	Fax:	141	Email:	planeacionesehmi@gmail.com
Gerente:	JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO		Fecha de Apertura:	2006/11/16	
Municipio:	FLORENCIA		Departamento:		CAQUETÁ

SEDE.

Código y Nombre Sede:		180010002501 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE											
Dirección:	DG 20NO 7-93								Barrio:	CENTRO			
Telefono:	4352070	Fax:	141	Email:	planeacionesehmi@gmail.com								
Gerente:	JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO				Fecha de Apertura:	2006/11/16							
Municipio:	FLORENCIA				Departamento:	CAQUETÁ							

## SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAAMDD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135296
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135297
INTERNACIÓN	103	PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135298
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090304	DHS135299
INTERNACIÓN	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20090304	DHS135300
INTERNACIÓN	112	OBSTETRICIA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135301
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20160217	DHS333609
INTERNACIÓN	124	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140521	DHS135302
INTERNACIÓN	126	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135303
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135304
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135305
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135306
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135308
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135309
QUIRÚRGICOS	211	CIRUGÍA ORAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135311
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150805	DHS135312
QUIRÚRGICOS	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135314
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135316
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090130	DHS135317
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	DHS135318
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090130	DHS135319
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135320
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20160217	DHS135321
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090130	DHS135322
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20141030	DHS165723

CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135323						
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135324							
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135326							
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO	SI	NO	NO	20090130	DHS135327						
CONSULTA EXTERNA	335	OFTALMOLOGÍA	SI	NO	SI	NO	20101008	DHS135329							
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135331							
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135332							
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135333							
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135334						
CONSULTA EXTERNA	345	PSIQUIATRÍA	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135335							
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI	NO	SI	NO	20150805	DHS135336							
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD: NEUROPSICOLOGÍA	SI	NO	SI	NO	20150603	DHS266465							
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135338							
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135339							
TRANSPORTE ASISTENCIAL	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135340
TRANSPORTE ASISTENCIAL	602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140605	DHS135341
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135343						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SI	SI	NO	SI	NO	20090130	DHS135344						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135345
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	NO	SI	NO	SI	NO	20140530	DHS135346						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135347						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135348						

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO	SI	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135349						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	725	ELECTRODIAGNÓSTICO	SI	SI	NO	SI	NO	20140521	DHS135351						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135352
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135353
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135354
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135355
OTROS SERVICIOS	818	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061116	DHS135357
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20101008	DHS135358
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	SI	NO	20061116	DHS135360							

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAAMDD)	FECHA CIERRE TEMPORAL (AAAAAMDD)	DISTINTIVO
QUIRÚRGICOS	206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140822	20160217	DHS135307
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061116	20160217	DHS135310
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20120420	20160217	DHS135337

**CONVENCIONES:**

AMB: Intramural Ambulatorio

HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia

IR: Telemedicina Institución Remisora

BAJA: Complejidad Baja

MEDI: Complejidad Media

ALTA: Complejidad Alta

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.**

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
AMBULANCIAS	BÁSICA	2
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	0
APOYO TERAPÉUTICO	SILLAS DE HEMODIÁLISIS	0

CAMAS	CUIDADO AGUDO MENTAL	0
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO MENTAL	0
CAMAS	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	10
CAMAS	PEDIÁTRICA	35
CAMAS	ADULTOS	79
CAMAS	OBSTETRICIA	10
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	10
CAMAS	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	7
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	0
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	0
CAMAS	PSIQUIATRÍA	20
SALAS	QUIRÓFANO	4
SALAS	PARTOS	1
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1

**DETALLE AMBULANCIAS.**

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	NUMERO PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA DE PROPIEDAD	FECHA DE APERTURA (AAAAMDD)
AMBULANCIAS	BÁSICA	OZD444	TERRESTRE	2010	10000483243	20120515
AMBULANCIAS	BÁSICA	ODR233	TERRESTRE	2008	10005110819	20160126

La presente **CONSTANCIA** se expide previa revisión por parte de **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ**, de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; así como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el día viernes 19 de agosto de 2016 (2:31 p. m.).

  
 LILIBET JOHANA GALVAN MOSHEYOFF.  
 DIRECTORA TECNICA.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Elaborado por el usuario del ente territorial: 18000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 18000REPS

Versión 1.0.

Fecha de impresión: viernes 19 de agosto de 2016 (2:31 p. m.).