

Señor

JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE NEIVA – Reparto

E. S. D.

Ref. PROCESO: DEMANDA VERBAL DECLARATIVA

DEMANDANTE: JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO Y OTROS

DEMANDADO: LA CLÍNICA UROS S.A. Y OTRO

JAIRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.192.815 expedida en Garzón, portador de la Tarjeta Profesional de abogado No. 164.445 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, respetuosamente presento **EL PODER** especial que me ha sido conferido por los señores **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, mayor de edad, vecino de Neiva (H)., titular de la Cédula de Ciudadanía No. 7.702.144 de Neiva (H).; **JACQUELINE DÍAZ SUAREZ**, mayor de edad, residente en Neiva, identificada con cédula de ciudadanía No 63.433.379 de San Gil (Santander), quienes obran en nombre propio y representación legal de sus hijos menores de edad **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ** y **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**; **NATALIA GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, vecina de Neiva (H)., titular de la Cédula de Ciudadanía No. 1.075.302.375 de Neiva (H), obrando en nombre propio; y **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, vecina de Neiva (H)., titular de la Cédula de Ciudadanía No. 1.075.292.310 de Neiva (H), obrando en nombre propio; y en virtud del mismo, respetuosamente promuevo ante su despacho **DEMANDA VERBAL DECLARATIVA – RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL** contra la **CLÍNICA UROS S.A.**, como persona jurídica, de derecho privado, identificada con **Nit. No. 813.011.577-4**, representada por la Gerente o por quien haga sus veces; y solidariamente contra la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA**, como persona jurídica, de derecho privado, identificada con Nit No. 891.180.008-2 representada por gerente o por quien haga sus veces, con fundamento en los hechos que a continuación enuncio, previa siguiente denominación de las partes:

DENOMINACIÓN DE LAS PARTES

1. DEMANDANTES

- **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, quien obra en su propio nombre, demanda en calidad de víctima directa.
- **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, quien obra en su propio nombre y en representación de sus hijos menores **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ** y **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**. Demanda en calidad de compañera permanente del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**.
- **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ**, quien obra representado por su señora madre **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, demanda en calidad de hijo de **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**.
- **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**, quien obra representada por su señora madre **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, demanda en calidad de hijo de **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**.
- **NATALIA GUZMÁN DÍAZ**, quien actúa en nombre propio, demanda en calidad de hija del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**.
- **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**, quien actúa en nombre propio, demanda en calidad de hija del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**.



2. DEMANDADOS:

- **LA CLÍNICA UROS S.A.**, como persona jurídica, de derecho privado, identificada con Nit No. **813.011.577-4**, representada por el gerente **DRA. NEYDI VIVIANA JAIMES LEGUIZAMÓN** o quien haga sus veces.
- **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA.**, como persona jurídica, de derecho privado, identificada con Nit. No. **891180008-2** representada por el **DR. LUIS MIGUEL LOSADA**, o por quien haga sus veces.

FUNDAMENTO DE HECHO

1) La familia del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, se encuentra conformada, por su compañera **JACQUELINE DÍAZ SUAREZ** y sus hijos **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ**, **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**, **NATALIA GUZMÁN DÍAZ** y **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**.

2) El señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** y la señora **JACQUELINE DIAZ SUAREZ** iniciaron a convivir en unión marital de hecho desde el 2 de enero del año 1995, convivencia que se encuentra vigente.

3) El día 18 de agosto de 2014, el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** presentó caída desde su propia altura, recibiendo traumatismo en miembro superior izquierdo; motivo por el cual consultó a la **ESE SOR TERESA ADELE** de Puerto Rico (Caquetá) en donde evidenciaron edema y deformidad del brazo.

4) En la atención recibida el 18 de agosto del año 2014 en la **ESE SOR TERESA ADELE** de Puerto Rico (Caquetá), se realizó impresión diagnóstica de fractura de brazo y se decidió solicitar valoración por el servicio de ortopedia remitiendo el paciente a la ciudad de Neiva.

5) El 22 de agosto de 2014, el paciente **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** es valorado por el servicio de ortopedia en la Clínica Uros, especialista que considera que presenta una fractura de humero que requería de la realización del procedimiento quirúrgico "**REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACIÓN INTERNA**" y en tal sentido se realiza la solicitud de autorización del procedimiento.

6) El procedimiento descrito en el hecho anterior fue autorizado por **COMFAMILIAR DEL HUILA EPS-S**.

7) En la Clínica Uros se le indicó al paciente **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** que debía asistir al servicio de urgencias de la misma clínica el día 27 de agosto a las 07:00 horas.

8) El paciente **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** ingresa a la Clínica Uros S.A. el día 27 de agosto del año 2014, tal y como le fuera ordenado por su médico tratante.

9) El día 27 de agosto de 2014, en nota de las 23:30 horas de la historia clínica del paciente **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, por servicio de medicina general se refiere: "*ingresa a piso paciente de 38 años, con fractura de humero izquierdo, quien es llevado a cirugía para realización de osteosíntesis de humero, pero por inconvenientes de fuerza mayor no se realiza el procedimiento, se traslada a piso. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, sin SIRS, con dolor controlado, evolución clínica estacionaria*".



10) Al señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** se le practicó el procedimiento quirúrgico “**OSTEOSÍNTESIS DE HUMERO**” en la Clínica Uros el día 28 de agosto de 2014 a las 11:30 horas, el cual se describe se realizó sin complicaciones.

11) Para el día 29 de agosto de 2014 se decide dar de alta, con orden de control por consulta ambulatoria y manejo con cefalexina cada 6 horas.

12) Para el día 8 de septiembre de 2014 a las 09:27 horas, el paciente ingresa nuevamente a través del servicio de urgencias de la CLÍNICA UROS S.A. refiriendo: “TENGO LA HERIDA ABIERTA” se refirió en dicha consulta: “*paciente con cuadro clínico de 10 días posterior a cirugía de osteosíntesis de humero izquierdo, presentando dehiscencia de la herida quirúrgica con herida abierta desde hace (sic) el día de egreso hospitalario, con secreción serohemática, no dolor, no secreción purulenta, no síntomas de infección*”; y durante el examen físico realizado se evidenció: “*presenta en MSI herida quirúrgica limpia, abierta, dehiscencia de la sutura con exposición material de osteosíntesis y tejido celular subcutáneo, secreción serohemática, no signos de infección.*” Con dichos hallazgos se decidió solicitar valoración por el servicio de ortopedia.

13) El mismo 8 de septiembre de 2014, el paciente **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** es valorado por el servicio de ortopedia en la Clínica Uros, especialista que consigna nota médica con letra ilegible.

14) Para el día 12 de octubre de 2014 el paciente ingresa nuevamente al servicio de urgencias de la Clínica Uros por presentar cuadro clínico de 3 días de dolor y presencia de secreción a nivel de hombro izquierdo. Fue valorado por el servicio de ortopedia quien diagnóstico OSTEOMIELITIS, confirmado radiológicamente. Se inicio tratamiento con antibioticoterapia, permaneciendo en hospitalización intramural hasta el día 17 de octubre de 2014.

15) El día 17 de octubre de 2014 es trasladado al servicio de hospitalización en casa en donde permanece hasta el día 22 de octubre cuando culmina el tratamiento con oxacilina y clindamicina. Se diagnóstico una INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO. Se ordeno control por consulta externa de ortopedia.

16) El mismo día 22 de octubre de 2014, el paciente es valorado de manera ambulatoria por el servicio de ortopedia, quien consideró: “*Presenta edema y deformidad en brazo izquierdo, fistula en herida quirúrgica, con escasa secreción serosa*” se decidió como plan de manejo: “*asistir por urgencias para toma de RX de humero, por aflojamiento de material de osteosíntesis.*”

17) Luego de ser valorado en el servicio de urgencias, el paciente el día 22 de octubre de 2014 se ordena hospitalizar al paciente, permaneciendo hospitalizado hasta el día 29 de octubre de 2014.

18) Durante esta hospitalización según el reporte de epicrisis se refiere: “*paciente remitido de consulta externa con antecedente de POP de osteosíntesis de humero izquierdo (28/08/2014) quien en control de ortopedia se evidencia deformidad en brazo izquierdo con sospecha de desplazamiento de material de osteosíntesis. **Con ISO profunda en manejo antibiótico a quien se evidencia aflojamiento de material con secreción por herida.** Se programa para retiro de material de osteosíntesis + colocación de tutor externo + lavado quirúrgico...*” (negrilla y subraya fuera de texto).

19) El procedimiento quirúrgico es realizado el día 27 de octubre de 2014 y se dio de alta el día 29 de octubre con orden de control por consulta externa y tratamiento con cefradina.

20) El día 29 de enero de 2015 se le realiza un estudio de electromiografía que reporto: “**Estudio electrofisiológico anormal, compatible con lesión completa de nervio radial izquierdo**”



a nivel de tercio medio/distal de brazo, sin evidencia de reinervación. (Negrilla y subraya fuera de texto).

21) El día 22 de abril de 2015 es valorado por el servicio de cirugía de mano en la Clínica Medilaser, quien realiza el retiro del tutor externo. Durante la valoración del examen físico se evidenció: **“paciente quien tiene tutor externo en zona de humero izquierdo con mano caída”** (negrilla y subraya fuera de texto).

22) El día 20 de mayo de 2015 el paciente asiste al control postoperatorio del retiro de tutor externo, refiriéndose: **“paciente quien acude con limitación a la aducción de hombro, la extensión de dedos en bloque de la dicción de dedos de la mano izquierda, mejoría de la extensión de la muñeca.”** Se ordeno como plan de manejo: **“se ordena ortesis para nervio radial, terapia física y control en 2 meses.”** (negrilla y subraya fuera de texto).

23) Es evidente que el padecimiento del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** y su núcleo familiar, derivado de su tortuoso proceso de recuperación, largas estancias hospitalarias, los múltiples procedimientos quirúrgicos de lavados y desbridamientos, así como exámenes médicos, imagenológicos y de laboratorio; es resultado del proceso infeccioso que el señor Juan Carlos Guzmán adquirió en el centro asistencial Clínica Uros; hecho que constituye una infección de carácter nosocomial.

24) La infección nosocomial adquirida por el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, como resultado del proceso infeccioso adquirido en el centro asistencial Clínica Uros durante el año 2014; fue consecuencia directa de la inadecuada prestación del servicio médico el cual le fue brindado en la CLÍNICA UROS S.A.; donde no se garantizó para el paciente las medidas pertinentes en materia de asepsia y antisepsia, así como el manejo de una higiene adecuada; hecho que permitió que el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN** adquiriera o se contagiara de una bacteria del ambiente hospitalario.

25) Ahora bien, esta infección nosocomial adquirida por el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, como resultado del proceso infeccioso adquirido en el centro asistencial Clínica Uros durante el año 2014; también se deriva de la inadecuada valoración médica realizada en el periodo postoperatorio, situación que no permitió una oportuna identificación del cuadro infeccioso que presentaba en el sitio operatorio; pues es claro que cuando el paciente ingresó a la CLÍNICA MEDILASER S.A. el año 2015, ya cursaba con cuadro infeccioso ocasionado por germen multirresistente relacionado con el cuadro infeccioso adquirido en la CLÍNICA UROS S.A.

PRETENSIONES

Con fundamento en los hechos expuestos en precedencia, respetuosamente solicito hacer semejantes o similares **DECLARACIONES** y **CONDENAS**:

I. DECLARACIONES:

PRIMERO.- DECLARAR que, la **CLÍNICA UROS S.A.** incumplió con las normas sanitarias relativa a la higiene y asepsia en la práctica de los servicios medico quirúrgicos brindados al señor **JUAN CARLOS GUZMÁN** durante el procedimiento **QUIRÚRGICO** realizado en el mes de Agosto de 2014, lo que le permitió que el paciente presentara un proceso infeccioso en el centro asistencial Clínica Uros; hecho que constituyó una infección de carácter nosocomial.



SEGUNDO: DECLARAR que, la **CLÍNICA UROS S.A.** debido a su actuar negligente, del cual se derivara la adquisición de una infección de carácter nosocomial al paciente **JUAN CARLOS GUZMÁN** durante el procedimiento **QUIRÚRGICO** realizado en el mes de agosto de 2014 y su manejo posoperatorio, es civilmente responsable de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados a **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO, JACQUELINE DÍAZ SUAREZ, JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ, XIOMARA GUZMÁN DÍAZ, NATALIA GUZMÁN DÍAZ, y ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ.**

TERCERO: DECLARAR que, la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA**, es solidariamente responsable junto a la **CLÍNICA UROS S.A.** por el pago de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados a **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO, JACQUELINE DÍAZ SUAREZ, JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ, XIOMARA GUZMÁN DÍAZ, NATALIA GUZMÁN DÍAZ, y ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**, con ocasión a la reparación del daño derivado de la adquisición de una infección de carácter nosocomial al paciente **JUAN CARLOS GUZMÁN** durante el procedimiento **QUIRÚRGICO** realizado en el mes de agosto de 2014 y su manejo posoperatorio.

II. CONDENAS:

Con fundamento en los anteriores declaraciones, la **CLÍNICA UROS S.A.** y la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA**, solidariamente deberán pagar, a título de resarcimiento de los daños y perjuicios en la modalidad de perjuicios inmateriales y materiales, subjetivos y objetivados, actuales y futuros, causados a mis poderdantes de acuerdo a los siguientes factores:

PRIMERO.- Por concepto de DAÑOS MORALES:

- Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a CUARENTA (40) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, en calidad de víctima directa.
- Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a VEINTE Y CINCO (25) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la señora **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, en calidad de compañera del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.
- Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a DIEZ (10) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para el niño **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ**, en calidad de hijo del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.
- Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a DIEZ (10) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la niña **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**, en calidad de hija del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.
- Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a DIEZ (10) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la joven **NATALIA GUZMÁN DÍAZ**, en calidad de hija del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.
- Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a DIEZ (10)



Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la joven ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ, en calidad de hija del señor JUAN CARLOS GUZMÁN.

SEGUNDO.- Por concepto de DAÑOS DE VIDA EN RELACIÓN:

- Perjuicios de vida en relación subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a VEINTE (20) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para el señor JUAN CARLOS GUZMÁN, en calidad de víctima directa.

TERCERO.- Por concepto de DAÑO A LA SALUD

- Perjuicios por Daño a la Salud subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a VEINTE (20) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para el señor JUAN CARLOS GUZMÁN, en calidad de víctima directa

CUARTO: Por la indemnización debida se reconocerán intereses a la tasa máxima legal (comercial) de acuerdo a la certificación que para el efecto expida la superintendencia bancaria o los que resultaren de aplicar la fórmula de las matemáticas financieras y /o corrección monetaria, siempre que resulte más favorable a los intereses de los Actores.

QUINTO: Si no fuere posible establecer el monto de los perjuicios durante el plenario, la condena deberá hacerse en abstracto o *in genere*, caso éste en el cual se dispondrá la tramitación del respectivo incidente, fijando las pautas o bases a que hubiere lugar tal como lo prevén los artículos 172 y 178 del Código Contencioso Administrativo y el 284 del Código General de Proceso.

SEXTO: Las demandadas deberán ser condenadas a pagar las costas judiciales del proceso.

JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA CUANTÍA

Conforme a lo dispuesto en el artículo 206 del C.G.P., en la que se indica que “...*Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos (...) El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales” (subrayo y negrillas fuera de texto); y en virtud a que en la presente demanda, se ha solicitado el reconocimiento y pago de daños de carácter extrapatrimoniales, aquellos no son sujeto de juramento estimatorio.*

MEDIOS DE PRUEBA

Para que sirvan de sustento de esta demanda, respetuosamente presento las siguientes solicitudes probatorias:

1. **DOCUMENTALES ANEXAS:** Con la presentación de la demanda, adjunto los siguientes documentos, los cuales solicito sean decretados y valorados en su debida oportunidad probatoria:
 - 1.1. Fotocopia de Registro Civil de Nacimiento de **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ.**
 - 1.2. Fotocopia de Registro Civil de Nacimiento de **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ.**
 - 1.3. Fotocopia de Registro Civil de Nacimiento de **NATALIA GUZMÁN DÍAZ.**



- 1.4. Fotocopia de Registro Civil de Nacimiento de **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**.
 - 1.5. Copia de declaración extraprocesal de convivencia entre **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** y **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**.
 - 1.6. Copia de la Historia Clínica.
2. **TESTIMONIALES:** Solicito se sirva escuchar en declaración a las personas que a continuación relaciono, las cuales podrán dar fe frente a los hechos que son materia de debate, especialmente sobre los daños inmateriales causados al señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** y a su núcleo familiar:
1. **GEORGINA POLO CASTILLO**, quien podrá ser notificada al correo electrónico montallantaseldinde@gmail.com
 2. **ARGENIS CHIMBACO CÓRDOBA**, quien podrá ser notificada al correo electrónico argenischimbacocordoba@gmail.com
 3. **MISAEEL GUZMAN GUARNIZO**, quien podrá ser notificado al correo electrónico messirdmd17@gmail.com
3. **DECLARACIÓN DE PARTE:** Conforme lo autoriza el artículo 198 del C.G.P., respetuosamente le solicito se sirva llamar a rendir declaración de parte a los señores **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, **NATALIA GUZMÁN DÍAZ** y **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**, con el objeto de que depongan todo cuanto les conste sobre los hechos que son materia de debate, especialmente sobre los daños inmateriales causados al señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO** y a su núcleo familiar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como tales:

La ley 640 de 2001, artículos 1, 27 y s.s. relacionadas con la conciliación extrajudicial en materia civil, la Constitución Política, arts. 2, 6, 85 y 90, el Código Civil 2341, Constitución Política Nacional, arts. 25, 53.

ANEXOS

1. Poder.
2. Los anunciados en el acápite de pruebas.
3. Constancia de no conciliación emitida por la Notaría Quinta de Neiva.

PROCEDIMIENTO

Se trata de un **PROCESO VERBAL DECLARATIVO** contenido en el Libro Tercero, Sección Primera, Título I, Capítulo I del Código de General del Proceso.



COMPETENCIA Y CUANTÍA

Competencia: Es usted, señor **JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE NEIVA**, competente para conocer y dirigir el procedimiento de este **PROCESO VERBAL DECLARATIVO**, dada la cuantía del asunto; y, al ser de carácter civil, será entonces competencia de la justicia Ordinaria Civil. Como quiera que los hechos objeto de la presente acción fueron en la ciudad de Neiva, así como el domicilio de los demandados en esa misma ciudad, le corresponde al Juez de la municipalidad de Neiva dirimir el presente asunto.

Cuantía: De conformidad con lo preceptuado por el art. 25 del C.G.P, la demanda corresponde a un proceso de mayor cuantía, por ser superior a CIENTO CINCUENTA (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes, dada la sumatoria de la indemnización solicitada.

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES

1. Demandantes:

Dirección: Carrera 28 No. 9 -10 de Neiva

2. Demandados:

- COMFAMILIAR DEL HUILA EPS

Dirección física: Calle 11 No 5 – 63 de Neiva

Email: notificacionesjudiciales@comfamiliarhuila.com.

- CLÍNICA UROS S.A.S.

Dirección física: Carrera 5A No. 16-33 de Neiva

Email: jose.ceron@clinicauros.com

3. Apoderado:

Dirección: C. C. Metropolitano, Torre B, Oficina 500 - 501, Neiva

Email: notificaciones@llanosrodriguezabogados.com.co

Atentamente,

JAIRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
C.C. No 12.192.815 de Garzón
T.P. No 164.445 de C.S. de J



Seguridad Social Responsabilidad Médica Daño Corporal
Laboral Civil Familia Administrativos Noratiales Pensionales

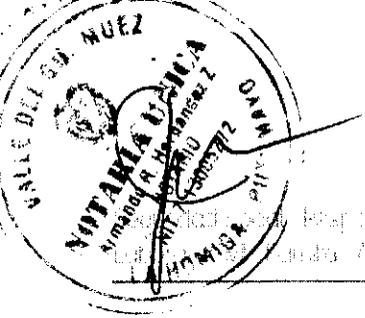

Llanos Rodríguez
Abogados



www.llanosrodriguezabogados.com.co

C.C. Metropolitano Torre B Of. 500-501
Tel. 8714193 / Cel. 311 4876188 - 310 3216049

contacto@llanosrodriguezabogados.com.co



Llanos Rodríguez

Abogados

Señor(a)

JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE NEIVA (REPARTO)

Neiva – Huila.

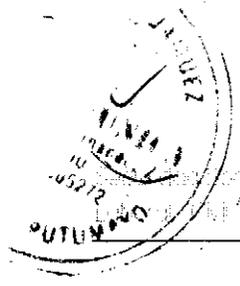
E. S. D.

JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 7.702.144 expedida en Neiva – Huila, domiciliado y residenciado en Neiva; **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.433.379 expedida en San Gila – Santander, domiciliada y residenciada en Neiva; **JUAN DAVID GUZMÁN DIAZ**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.004.157.002 expedida en Palermo – Huila, domiciliado y residenciado en Neiva; **NATALIA GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.302.375 expedida en Neiva – Huila, domiciliada y residenciada en Neiva; **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.05.292.310 expedida en Neiva – Huila, domiciliada y residenciada en Neiva; **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.312.991 expedida en Neiva – Huila, domiciliada y residenciada en Neiva; nos permitimos manifestar que conferimos **PODER** especial, amplio y suficiente al Doctor **CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**, mayor de edad, con residencia y domicilio en Neiva, titular de la cedula de ciudadanía No. 7.696.689 de Neiva, portador de la Tarje Profesional de Abogado No. 164.441 del C. S. de la J., para que a nuestro nombre y representación inicie, tramite y lleva hasta su terminación **DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y/O EXTRA CONTRACTUAL** en contra de **LA CLÍNICA UROS S.A.**, persona jurídica de derecho privado con NIT No. 813.011.577-4, con domicilio en Neiva, representada por el Gerente o por quien haga sus veces y, contra **LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA**, persona jurídica de derecho privado con NIT No. 891.180.008-2, con domicilio en Neiva, representada por el Gerente o quien haga sus veces, con el objeto de obtener mediante sentencia que haga transito a cosa juzgada se les declare que son civil y solidariamente responsables por los daños y perjuicios (morales, materiales, fisiológicos o de vida en relación, etc.) que nos fueron causados por la falla en la prestación del servicio medico brindado en ocasión al accidente que sufriera el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, el día 18 de agosto de 2014, y producto de dicha falla le fuera ocasionado un cuadro infeccioso y no solo eso, sino el sometimiento a intensos dolores, prolongadas hospitalizaciones, realización de nuevos procedimientos quirúrgicos con los riesgos inherentes a los mismos, así como el acortamiento del miembro inferior afectado como consecuencia del cuadro infeccioso, y en tal virtud deberán ser condenados a pagar a titulo de indemnización integral estos daños y perjuicios actuales y futuros, de conformidad con las circunstancias de hecho y de derecho que se expondrán en el libelo de demanda.

Conferimos a nuestros apoderados las facultades de que trata el Art. 70 del C. de P. Civil, y en especial las de conciliar, recibir, desistir, sustituir, reasumir, revocar, renunciar, transigir, cobrar, ejecutar, solicitar y presentar pruebas y todas las demás



ESPACIO EN BLANCO



Escuela de Posgrados de la Universidad de Neiva
Facultad de Ciencias Administrativas, Sociales y Económicas

LR
Llanos Rodríguez
Abogados

facultades se requieran según el objetivo del mandato conferido.

Ruego se le reconozca personería al Doctor Llanos Cuellar en los términos aquí consignados.

Cordialmente,

JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO
C.C. No. 7.702.144 de Neiva

JACQUELINE DIAZ SUAREZ
C.C. No. 63.433.379 de San Gil.

ESTEFANI GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.075.292.310 de Neiva

NATALIA GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.075.302.375 de Neiva.

JUAN DAVID GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.004.157.002 de Palermo

XIOMARA GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.075.312.991 de Neiva.

ACEPTO:

CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR
C.C. No. 7.696.689 de Neiva – Huila
T.P. No. 164.441 del C. S. de la J.



A INSISTENCIA DEL INTERESADO
Art. 6 Dto. 960/70

NOTARIA UNICO DEL VALLE DEL GUAMUES
VIGILANCIA DE RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS
AUTENTICACION DE FIRMA Y HUELLA A PETICION DE

Juan Carlos

Guzman Guzman

CON C.C. N°

QUIEN DECLARO QUE EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO
PRESENTE ES CIERTO EN TODAS SUS PARTES Y QUE
LA FIRMA Y HUELLA DACTILAR PUESTAS EN EL SON
SUYAS ART. 6º D 960/70 ACUERDO 2148/83

FIRMA COMPARECIDA EN LA PRESENCIA DEL

10
09 MAR 2022



COY FE

RAMON RAMIRO HERNANDEZ RAMBRANO
TR. 49016 C. REGISTRACION
NOTARIO UNICO

VALLE DEL GUAMUES - LA HORMIGA - PUTUMAYO





Llanos Rodríguez

Abogados

Señor(a)

JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE NEIVA (REPARTO)

Neiva – Huila.

E. S. D.

JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 7.702.144 expedida en Neiva – Huila, domiciliado y residenciado en Neiva; **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.433.379 expedida en San Gila – Santander, domiciliada y residenciada en Neiva; **JUAN DAVID GUZMÁN DIAZ**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.004.157.002 expedida en Palermo – Huila, domiciliado y residenciado en Neiva; **NATALIA GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.302.375 expedida en Neiva – Huila, domiciliada y residenciada en Neiva; **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.05.292.310 expedida en Neiva – Huila, domiciliada y residenciada en Neiva; **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.312.991 expedida en Neiva – Huila, domiciliada y residenciada en Neiva; nos permitimos manifestar que conferimos **PODER** especial, amplio y suficiente al Doctor **CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR**, mayor de edad, con residencia y domicilio en Neiva, titular de la cedula de ciudadanía No. 7.696.689 de Neiva, portador de la Tarje Profesional de Abogado No. 164.441 del C. S. de la J., para que a nuestro nombre y representación inicie, tramite y lleva hasta su terminación **DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y/O EXTRA CONTRACTUAL** en contra de **LA CLÍNICA UROS S.A.**, persona jurídica de derecho privado con **NIT No. 813.011.577-4**, con domicilio en Neiva, representada por el Gerente o por quien haga sus veces y, contra **LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA**, persona jurídica de derecho privado con **NIT No. 891.180.008-2**, con domicilio en Neiva, representada por el Gerente o quien haga sus veces, con el objeto de obtener mediante sentencia que haga transito a cosa juzgada se les declare que son civil y solidariamente responsables por los daños y perjuicios (morales, materiales, fisiológicos o de vida en relación, etc.) que nos fueron causados por la falla en la prestación del servicio medico brindado en ocasión al accidente que sufriera el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, el día 18 de agosto de 2014, y producto de dicha falla le fuera ocasionado un cuadro infeccioso y no solo eso, sino el sometimiento a intensos dolores, prolongadas hospitalizaciones, realización de nuevos procedimientos quirúrgicos con los riesgos inherentes a los mismos, así como el acortamiento del miembro inferior afectado como consecuencia del cuadro infeccioso, y en tal virtud deberán ser condenados a pagar a titulo de indemnización integral estos daños y perjuicios actuales y futuros, de conformidad con las circunstancias de hecho y de derecho que se expondrán en el libelo de demanda.

Conferimos a nuestros apoderados las facultades de que trata el Art. 70 del C. de P. Civil, y en especial las de conciliar, recibir, desistir, sustituir, reasumir, revocar, renunciar, transigir, cobrar, ejecutar, solicitar y presentar pruebas y todas las demás

LR

Llanos Rodríguez

Abogados

facultades se requieran según el objetivo del mandato conferido.

Ruego se le reconozca personería al Doctor Llanos Cuellar en los términos aquí consignados.

Cordialmente,

JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO
C.C. No. 7.702.144 de Neiva

Jacqueline Díaz S
JACQUELINE DIAZ SUAREZ
C.C. No. 63.433.379 de San Gil.

Estefani Guzman
ESTEFANI GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.075.292.310 de Neiva

Natalia G
NATALIA GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.075.302.375 de Neiva.

JD
JUAN DAVID GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.004.157.002 de Palermo

Xiomara G
XIOMARA GUZMÁN DIAZ
C.C. No. 1.075.312.991 de Neiva.

ACEPTO:



CARLOS EDUARDO LLANOS CUELLAR
C.C. No. 7.696.689 de Neiva – Huila
T.P. No. 164.441 del C. S. de la J.

El Notario Quinto del Circuito de Neiva
HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a Juan Cruz del Cruz Juan
fue presentado personalmente por Jacqueline Diaz Lopez
Identificado con C.C. 63 433 379
El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

X Jacqueline Diaz S

El Notario Quinto del Circuito de Neiva
HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a Juan Cruz del Cruz Juan
fue presentado personalmente por Estefani Guzman Diaz
Identificado con C.C. 1075 292 310
El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

Estefani Guzman

14 MAR 2022

El Notario Quinto del Circuito de Neiva
HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a Juan Cruz del Cruz Juan
fue presentado personalmente por Natalia Guzman Diaz
Identificado con C.C. 1075 302 375
El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

X Natalia P

El Notario Quinto del Circuito de Neiva
HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a Juan Cruz del Cruz Juan
fue presentado personalmente por Juan David Guzman O
Identificado con C.C. 6994 107 602
El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

14 MAR 2022

El Notario Quinto del Circuito de Neiva
HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a Juan Cruz del Cruz Juan
fue presentado personalmente por Ximara Guzman Diaz
Identificado con C.C. 1075 312 991
El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

X Ximara P

14 MAR 2022

14 MAR 2022



NOTARÍA QUINTA DEL CÍRCULO DE NEIVA CONSTANCIA DE NO CONCILIACION No 55

En la ciudad de Neiva, a los dos (02) día del mes de Noviembre del año 2022, siendo las 04:45 PM., el suscrito Notario Quinto de Neiva, conforme a lo dispuesto en el numeral 2 de la Ley 640 de 2001, hace constar el fracaso de la audiencia de conciliación, solicitada por la parte convocante **JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No **7.702.144**, **JACQUELINE DIAZ SUAREZ** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **63.433.379**, quien obra en nombre propio y en representación legal de sus hijos menores de edad, **JUAN DAVID GUZMAN DIAZ Y XIOMARA GUZMAN DIAZ, NATALIA GUZMAN DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **1.075.302.375**, **ESTEFANIA GUZMAN DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **1.075.292.310**, La solicitud fue radicada en la Notaria Quinta del círculo de Neiva el día veintiséis (26) de Octubre del 2022 y la audiencia se fijó para el día dos (02) de Noviembre del 2022 por la plataforma virtual ZOOM.

PARTES

De una parte, asistió, en calidad de apoderado de la parte convocante el doctor **JAIRO RODRIGUEZ SANCHEZ**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. **12.192.815** de Garzon, portador de la Tarjeta Profesional No **164.445** del Consejo Superior de la judicatura, actuando como apoderado de los Señores **JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No **7.702.144**, **JACQUELINE DIAZ SUAREZ** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **63.433.379**, quien obra en



Libertad y Orden

Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

nombre propio y en representación legal de sus hijos menores de edad, **JUAN DAVID GUZMAN DIAZ Y XIOMARA GUZMAN DIAZ, NATALIA GUZMAN DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **1.075.302.375**, **ESTEFANIA GUZMAN DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **1.075.292.310**, en calidad de convocado compareció el Doctor **STEVEN SERRATO ROJAS**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No **7.721.055**, portador de la Tarjeta Profesional No **187.173** del Consejo Superior de la judicatura, actuando como apoderado de la **CLINICA UROS S.A**, identificado con el numero nit: **813.011.577-4**, y **LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA**, identificado con el numero nit: **891180008-2**, no hizo presencia a la conciliación virtual, ni tampoco se justifico dentro de los tres días hábiles dados por la ley, considerándose como tal su inasistencia a la presente diligencia.

HECHOS

- 2.1. La familia del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, se encuentra conformada, por su compañera **JACQUELINE DIAZ SUAREZ** y sus hijos **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ, XIOMARA GUZMÁN DÍAZ, NATALIA GUZMÁN DÍAZ** y **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**.
- 2.2. El día 18 de agosto de 2014 presento caída desde su propia altura recibiendo traumatismo en miembro superior izquierdo, motivo por el cual consulto a la ESE SOR TERESA ADELE de Puerto Rico (Caquetá) en donde evidenciaron edema y deformidad del brazo, se realizó impresión diagnóstica de fractura de brazo y se decidió solicitar valoración por el servicio de ortopedia remitiendo el paciente a la ciudad de Neiva.



Libertad y Orden

Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

- 2.3. El 22 de agosto de 2014 el paciente es valorado por el servicio de ortopedia quien considera que presenta una fractura de humero que requería de la realización del procedimiento quirúrgico "REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACIÓN INTERNA" y en tal sentido se realiza la solicitud de autorización del procedimiento, mismo que fuera autorizado por COMFAMILIAR DEL HUILA EPSS.
- 2.4. Se le indico al paciente que debería asistir al servicio de urgencias de la CLÍNICA UROS S.A. el día 27 de agosto a las 07:00 horas.
- 2.5. Para el 27 de agosto de 2014 en nota de las 23:30 horas se refiere: "ingresa a piso paciente de 38 años, con fractura de humero izquierdo, quien es llevado a cirugía para realización de osteosíntesis de humero, pero por inconvenientes de fuerza mayor no se realiza el procedimiento, se traslada a piso. Actualmente paciente hemodinamicamente estable, sin SIRS, con dolor controlado, evolución clínica estacionaria"
- 2.6. El procedimiento quirúrgico fue realizado el día 28 de agosto de 2014 a las 11:30 horas, el cual se describe se realizó sin complicaciones.
- 2.7. Para el día 29 de agosto de 2014 se decide dar de alta, con orden de control por consulta ambulatoria y manejo con cefalexina cada 6 horas.
- 2.8. Para el día 8 de septiembre de 2014 a las 09:27 horas, el paciente ingresa nuevamente a través del servicio de urgencias de la CLÍNICA UROS S.A. refiriendo: "TENGO LA HERIDA ABIERTA" se refirió en dicha consulta: "paciente con cuadro clínico de 10 días posterior a cirugía de osteosíntesis de humero izquierdo, presentando dehiscencia de la herida quirúrgica con herida abierta desde hace (sic) el día de egreso hospitalario, con secreción serohemática, no dolor, no secreción purulenta, no síntomas de infección.
- 2.9. Durante el examen físico se evidencio: "presenta en MSI herida quirúrgica limpia, abierta, dehiscencia de la sutura con exposición material de osteosíntesis y tejido celular subcutáneo, secreción serohemática, no signos de infección." Con dichos hallazgos se decidió solicitar valoración por el servicio de ortopedia.

Calle 7 No. 7-46 Neiva - Huila
Conmutador: (8) 8720714 Fax: (8) 8715229
www.notariaquintadeneiva.com.co
e-mail: notaria5neiva@hotmail.com
Nit. 10.526.806-4



Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

- 2.10. El paciente es valorado por el servicio de ortopedia quien consigna nota médica con letra ilegible.
- 2.11. Para el día 12 de octubre de 2014 el paciente ingresa nuevamente al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de 3 días de dolor y presencia de secreción a nivel de hombro izquierdo. Fue valorado por el servicio de ortopedia quien diagnostico OSTEOMIELITIS, confirmado radiológicamente. Se inicio tratamiento con antibioticoterapia, permaneciendo en hospitalización intramural hasta el día 17 de octubre de 2014.
- 2.12. El día 17 de agosto de 2014 es trasladado al servicio de hospitalización en casa en donde permanece hasta el día 22 de octubre cuando culmina el tratamiento con oxacilina y clindamicina. Se diagnostico una INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO. Se ordeno control por consulta externa de ortopedia.
- 2.13. El mismo día 22 de octubre de 2014, el paciente es valorado de manera ambulatoria por el servicio de ortopedia, quien considero: "Presenta edema y deformidad en brazo izquierdo, fistula en herida quirúrgica, con escasa secreción serosa" se decidió como plan de manejo: "asistir por urgencias para toma de RX de humero, por aflojamiento de material de osteosíntesis."
- 2.14. Luego de ser valorado en el servicio de urgencias, el paciente el día 22 de octubre de 2014 se ordena hospitalizar al paciente, permaneciendo hospitalizado hasta el día 29 de octubre de 2014.
- 2.15. Durante esta hospitalización según el reporte de epicrisis se refiere: "paciente remitido de consulta externa con antecedente de POP de osteosíntesis de humero izquierdo (28/08/2014) quien en control de ortopedia se evidencia deformidad en brazo izquierdo con sospecha de desplazamiento de material de osteosíntesis. **Con ISO profunda en manejo antibiótico a quien se evidencia aflojamiento de material con secreción por herida.** Se programa para retiro de material de osteosíntesis + colocación de tutor externo + lavado quirúrgico..." (negrilla y subraya fuera de texto).



- 2.16. El procedimiento quirúrgico es realizado el día 27 de octubre de 2014 y se dio de alta el día 29 de octubre con orden de control por consulta externa y tratamiento con cefradina.
- 2.17. El día 29 de enero de 2015 se le realiza un estudio de electromiografía que reporto: **“Estudio electrofisiológico anormal, compatible con lesión completa de nervio radial izquierdo a nivel de tercio medio/distal de brazo, sin evidencia de reinervación.”** (Negrilla y subraya fuera de texto).
- 2.18. El día 22 de abril de 2015 es valorado por el servicio de cirugía de mano quien realiza el retiro del tutor externo. Durante la valoración del examen físico se evidencio: **“paciente quien tiene tutor externo en zona de humero izquierdo con mano caída”** (negrilla y subraya fuera de texto).
- 2.19. El día 20 de mayo de 2015 el paciente asiste al control postoperatorio del retiro de tutor externo, refiriéndose: **“paciente quien acude con limitación a la aducción de hombro, la extensión de dedos en bloque de la dicción de dedos de la mano izquierda, mejoría de la extensión de la muñeca.”** Se ordeno como plan de manejo: **“se ordena ortesis para nervio radial, terapia física y control en 2 meses.”** (negrilla y subraya fuera de texto).
- 2.20. El paciente a raíz del cuadro infeccioso adquirido en la Clínica Belo Horizonte durante su procedimiento quirúrgico realizado el día 28 de Agosto de 2014, debió permanecer hospitalizado en una larga estancia, en la cual se le realizaron múltiples procedimientos quirúrgicos de lavados y desbridamientos, así como exámenes médicos, imagenológicos y de laboratorio, todo dado el gran compromiso infeccioso que presentaba.
- 2.21. La **CLÍNICA UROS S.A.** es responsable de los perjuicios causados a mis poderdantes. Pues la institución debe responder por los daños que causen sus dependientes con motivo o con ocasión del servicio prestado por la entidad, por aplicación del principio jurisprudencial según el cual “los actos o hechos de las personas naturales al servicio de una persona jurídica comprometen la responsabilidad de esta última”.



Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

- 2.22. **LA EXISTENCIA DEL DAÑO** es evidente y protuberante, como quiera que:
El mismo se concreta no solo en el cuadro infeccioso adquirido en la CLÍNICA UROS S.A. sino en el sometimiento a intensos dolores, prolongadas hospitalizaciones, realización de nuevos procedimientos quirúrgicos con los riesgos inherentes a los mismos, así como el acortamiento del miembro inferior afectado como consecuencia del cuadro infeccioso. Resultando claro que el proceso infeccioso fue adquirido en el centro asistencial, es decir, constituye una infección de carácter nosocomial.
- 2.23. El cuadro infeccioso adquirido en el centro asistencial por parte del señor **JUAN CARLOS GUZMAN** ha ocasionado un perjuicio de índole moral tanto a él como a sus familiares más cercanos, como lo son sus padres y hermana.
- 2.24. No es necesario acreditar directamente la existencia y sentimientos de tristeza y dolor, pues se entiende que, con base en las reglas de la experiencia ampliamente reconocidas por la jurisprudencia, ese dolor puede válidamente inferirse en la persona de la víctima del daño antijurídico causado por la acción y la omisión y negligencia en la prestación de los servicios médicos, razón por la cual, los perjuicios morales no requieren de probanza, por lo que se deberá reconocer y disponer el pago de este rubro del perjuicio a los convocantes.
- 2.25. De igual manera es evidente que dicho cuadro infeccioso con las consecuencias que se derivaron del mismo ocasionaron un daño en la modalidad de VIDA EN RELACIÓN, en el señor **JUAN CARLOS GUZMAN**, pues en tales condiciones, el disfrute de la vida, no solo en aquellas circunstancias que le prodigaban alegría y hacían más placentera su vida, sino también aquellas circunstancias cotidianas, se hacen más difíciles de realizar y en algunas ocasiones imposibles, constituyéndose en un daño autónomo que deberá ser debidamente resarcido. Es evidente que el acortamiento de unos de los miembros inferiores resulta en una alteración en la vida de un joven, en quien las actividades propias de su edad se ven afectadas por esta condición.
- 2.26. La **FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO** que genera el daño, está representada por la inadecuada prestación del servicio médico el



cual le fue brindado en la CLÍNICA UROS S.A. sin que se garantizara las medidas pertinentes en materia de asepsia y antisepsia y el manejo de una higiene adecuada, que permitió que el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**, adquirirá o se contagiara de una bacteria del ambiente hospitalario, además de que no se dio un adecuado manejo en el periodo postquirúrgico, pues es claro que a su ingreso a la CLÍNICA MEDILASER S.A. ya cursaba con cuadro infeccioso ocasionado por germen multirresistente relacionado con el cuadro infeccioso adquirido en la CLÍNICA UROS S.A. cuadro infeccioso que tal y como se puede evidenciar en la historia clínica termino con las secuelas e implicaciones ya mencionadas.

2.27. En cuanto al **NEXO CAUSAL**, en lo que respecta a la causa que origina el daño (INFECCIÓN NOSOCOMIAL), éste se encuentra constituido por un lado por la falta de implementación de un adecuado proceso de higiene y medidas sanitarias relacionadas con la atención médico quirúrgica que le fuera brindada al señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**, lo que origino que el paciente adquiriera una infección nosocomial y por otro lado la inadecuada valoración médica realizada en el periodo postoperatorio, que no permitió una oportuna identificación del cuadro infeccioso que presentaba en el sitio operatorio.

2.28. Se ha realizado la entrega de la solicitud de conciliación a los convocados.

PRETENSIONES DE LA CONCILIACIÓN

Reconocimientos:

PRIMERO: RECONOCER que, la **CLÍNICA UROS S.A.** incumplió con las normas sanitarias relativa a la higiene y asepsia en la práctica de los servicios medico quirúrgicos brindados al señor **JUAN CARLOS GUZMÁN** durante el procedimiento realizado en el mes de Agosto de 2014.

SEGUNDO: RECONOCER que, el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**, y su familia, por razón del cuadro infeccioso nosocomial adquirido durante el procedimiento quirúrgico realizado en el **CLÍNICA UROS S.A.** debieron padecer unos perjuicios que deberán ser resarcidos.



Libertad y Orden

Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

TERCERO: RECONOCER que, la **CLÍNICA UROS S.A.** debido a su actuar negligente es civilmente responsable de los perjuicios ocasionados a los convocantes con ocasión del cuadro infeccioso nosocomial que el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN** adquiriera durante la intervención quirúrgica realizada en el mes de Agosto de 2014.

Pagos:

Con fundamento en los anteriores reconocimientos, la **CLÍNICA UROS S.A.**, deberá pagar, a título de resarcimiento de los daños y perjuicios en la modalidad de perjuicios inmateriales y materiales, subjetivos y objetivados, actuales y futuros, causados a mis poderdantes por la falla en el servicio médico que ocasionará adquisición de una **INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO** al señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**, de acuerdo a los siguientes factores:

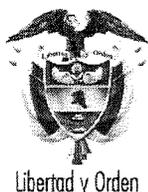
DAÑOS MORALES.

a). Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a **CUARENTA (40) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes** como mínimo, para el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO**, en calidad de víctima directa.

b). Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a **VEINTE Y CINCO (25) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes** como mínimo, para la señora **JACQUELINE DIAZ SUAREZ**, en calidad de compañera del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.

c). Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a **DIEZ (10) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes** como mínimo, para el niño **JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ**, en calidad de hijo del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.

d). Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a **DIEZ (10) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes** como



Libertad y Orden

Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

mínimo, para la niña **XIOMARA GUZMÁN DÍAZ**, en calidad de hija del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.

e). Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a DIEZ (10) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la joven **NATALIA GUZMÁN DÍAZ**, en calidad de hija del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.

f) e). Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a DIEZ (10) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la joven **ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ**, en calidad de hija del señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**.

DAÑOS DE VIDA EN RELACION.

a). Perjuicios de vida en relación subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a VEINTE (20) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**, en calidad de víctima directa.

DAÑO A LA SALUD

a). Perjuicios por Daño a la Salud subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a VEINTE (20) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para el señor **JUAN CARLOS GUZMÁN**, en calidad de víctima directa

CUARTO: Por la indemnización debida se reconocerán intereses a la tasa máxima legal (comercial) de acuerdo a la certificación que para el efecto expida la superintendencia bancaria o los que resultaren de aplicar la fórmula de las matemáticas financieras y /o corrección monetaria, siempre que resulte más favorable a los intereses de los Actores.

Calle 7 No. 7-46 Neiva - Huila
Conmutador: (8) 8720714 Fax: (8) 8715229
www.notariaquintadeneiva.com.co
e-mail: notaria5neiva@hotmail.com
Nit. 10.526.806-4



Libertad y Orden

Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

QUINTO: Si no fuere posible establecer el monto de los perjuicios durante el plenario, la condena deberá hacerse en abstracto o in género, caso éste en el cual se dispondrá la tramitación del respectivo incidente, fijando las pautas o bases a que hubiere lugar tal como lo prevén los artículos 172 y 178 del Código Contencioso Administrativo y el 284 del Código General de Proceso.

SEXTO: El reconocimiento deberá cumplirse en las condiciones y términos a que se refieren los artículos 307 del Código General del Proceso. Y ante un eventual fracaso en la conciliación se solicitará en el proceso judicial una condena en costas.

ESTIMACION RAZON DE LA CUANTIA

DAÑOS MORALES: 105 smmlv X \$737.717 = \$ 77'460.285.oo

JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO, 40 smmlv X \$737.717 = \$ 29'508.680.oo

JACQUELINE DIAZ SUAREZ, 25 smmlv X \$737.717 = \$ 18'442.925.oo

JUAN DAVID GUZMÁN DÍAZ, 10 smmlv X \$737.717 = \$ 7'371.700.oo

XIOMARA GUZMÁN DÍAZ, 10 smmlv X \$737.717 = \$ 7'371.700.oo

NATALIA GUZMÁN DÍAZ, 10 smmlv X \$737.717 = \$ 7'371.700.oo

ESTEFANI GUZMÁN DÍAZ, 10 smmlv X \$737.717 = \$ 7'371.700.oo

DAÑOS DE VIDA EN RELACIÓN: 20 smmlv X \$737.717 = \$14'754.340.oo

JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO: 20 smmlv X \$737.717 = \$14'754.340.oo

DAÑOS A LA SALUD: 20 smmlv X \$737.717 = \$14'754.340.oo

JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO: 20 smmlv X \$737.717 = \$14'754.340.oo

TOTAL ESTIMADO DE LA CUANTÍA: \$ 106'968.965,oo

JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA CUANTIA

En cumplimiento del artículo 206 de la Ley 1564 de 2012, me permito hacer el siguiente juramento estimatorio de la cuantía, para lo cual me ratifico en el acápite "ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTIA" así:

Calle 7 No. 7-46 Neiva - Huila

Conmutador: (8) 8720714 Fax: (8) 8715229

www.notariaquintadeneiva.com.co

e-mail: notaria5neiva@hotmail.com

Nit. 10.526.806-4



Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

DAÑOS MORALES: 105 smmlv X \$737.717 = \$ 77'460.285.00

DAÑOS DE VIDA EN RELACIÓN: 20 smmlv X \$737.717 = \$14'754.340.00

DAÑOS A LA SALUD: 20 smmlv X \$737.717 = \$14'754.340.00

TOTAL ESTIMADO DE LA CUANTIA: \$ 106'968.965,00

La anterior tasación de daños y perjuicios inmateriales (morales y de vida en relación) están estimados en la actual jurisprudencia de la Sala Civil de Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado.

AUDIENCIA

El suscrito Notario Quinto de Neiva le concede el uso de la palabra al Doctor **JAIRO RODRIGUEZ SANCHEZ**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. **12.192.815** de Garzón, portador de la Tarjeta Profesional No **164.445** del Consejo Superior de la judicatura, actuando como apoderado de los Señores **JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No **7.702.144**, **JACQUELINE DIAZ SUAREZ** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **63.433.379**, quien obra en nombre propio y en representación legal de sus hijos menores de edad, **JUAN DAVID GUZMAN DIAZ Y XIOMARA GUZMAN DIAZ, NATALIA GUZMAN DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **1.075.302.375**, **ESTEFANIA GUZMAN DIAZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No **1.075.292.310**, quien manifiesta que se ratifica en los hechos y pretensiones de la demanda de audiencia de conciliación, de igual manera se le concedió el uso de la palabra al Doctor **STEVEN SERRATO ROJAS**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No **7.721.055**, portador de la

Calle 7 No. 7-46 Neiva - Huila

Conmutador: (8) 8720714 Fax: (8) 8715229

www.notariaquintadeneiva.com.co

e-mail: notaria5neiva@hotmail.com

Nit. 10.526.806-4



Libertad y Orden

Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

Tarjeta Profesional No **187.173** del Consejo Superior de la judicatura, actuando como apoderado de la **CLINICA UROS S.A**, identificado con el numero nit: **813.011.577-4**, Quienes manifiestan que No les asiste animo conciliatorio.

CONSTANCIA

Ante la presente situación, el suscrito Notario Quinto, en uso de sus facultades legales, declara fallida la presente diligencia y en consecuencia agotado el requisito de procedibilidad de conformidad con la Ley 640 del 2001.

Se Expide en Neiva a los dos (02) días del mes de Noviembre del año 2022, a las 05:20 pm, una vez concluida la audiencia de conciliación conforme lo establecido por la Ley 640 del 2001, Art 2 y el Decreto 30 del 2003 Art 19.

Para constancia firma,


EDUARDO FIERRO MANRIQUE
Notario Quinto de Neiva



HERNANDO TRUJILLO POLANCO
NOTARIO PRIMERO
Carrera 5 No. 5-51
Neiva - Huila

NOTARIA PRIMERA DE NEIVA
DECLARACION PARA FINES EXTRAPROCESALES
Acta de declaración No5447 /2 015

En la ciudad de Neiva, Departamento del Huila, siendo las 10:22 A.M del día 01 De Diciembre de 2015, ante mí, **HERNANDO TRUJILLO POLANCO**, Notario Primero del Círculo de Neiva compareció (eron) el (los) señor (es) **WILMER VARGAS MOTTA Y NOHORA CESPEDES GOMEZ** quien (es) se identificó (aron) con la (s) cédula (s) de ciudadanía No (s) 7721726 Y 36167332 de Neiva, con el fin de rendir declaración juramentada, con fines extraprocesales, conforme al decreto 1557 de 1989 y manifestó (aron): =

PRIMERO: Bajo la gravedad del juramento y a sabiendas de las consecuencias que acarrea el jurar en falso, declaro (amos) que mi (nuestros) nombre(s) es (son) **WILMER VARGAS MOTTA Y NOHORA CESPEDES GOMEZ**, tengo (emos) 33 Y 55 años de edad, de estado civil soltero y casada, natural (es) de Neiva Huila, domiciliado(s) en Neiva, carrera 28 #8sur-22 José Antonio Galán y carrera 28 #8-17 sur José Antonio Galán.

SEGUNDO Manifestamos que conocemos a JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO identificado con la cédula número 7702144 de Neiva Huila y JACQUELINE DIAZ SUAREZ identificada con la cédula número 63433379 de Velez Santander, desde hace más de 20 años, por vecindad y amistad.

Que los antes mencionados conviven en unión marital de hecho desde el 02 de enero de 1995, hasta la presente fecha, procrearon 4 hijos de nombres ESTEFANI GUZMAN DIAZ, NATALIA GUZMAN DIAZ, XIOMARA GUZMAN DIAZ Y JUAN DAVID GUZMAN DIAZ.

Leída la anterior declaración por los deponentes, la encontraron conforme a su dicho, suscribiéndola en señal de asentimiento. = = = = =

Derechos Notariales: \$10.800 IVA :\$1.728 Total: \$12.528.= = = = =

EL (LOS) DECLARANTE (S),

Wilmer Vargas Motta *Xiomara Cepede G*
7721726 Neiva 36167332. Neiva

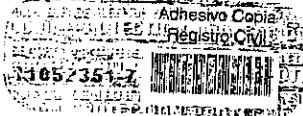
HERNANDO TRUJILLO POLANCO
NOTARIO PRIMERO



1004157002



ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NIP

① Parte básica	② Parte comp.
120.0250538	

INDICATIVO SERIAL **28192681**

SECCION GENERICA

OFICINA DE REGISTRO CIVIL: REGISTRADURIA MUNICIPAL

DEPARTAMENTO: HUILA MUNICIPIO: PALERMO

APPELLIDO(S) Y NOMBRE(S): GUZMAN DIAZ JUAN DAVID

SEXO: Masculino

FECHA DE NACIMIENTO: 29/09/99

LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA, HUILA, PALERMO

SECCION ESPECIFICA

ORGANISMO DE SALUD: CASA DE HABITACION CLL 9 No. 10-59 PALERMO

TIPO SANGUINEO: O+

TESTIGOS: CIBULAS, PITIGON, PADRES

APPELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE: DIAZ SUAREZ JACQUELINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC No. 65.433.379 Velez CODOMBIANA

APPELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE: GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC No. 7.702.144 Neiva COLOMBIANO

TESTIGO: ORTIZ LOSADA INES

TESTIGO: RIVERA SANCHEZ EDUARDO

NOTARIA PRIMERA DE NEIVA

La presente es fiel fotocopia de copia original de copia original

Nota: Original para la oficina de registro civil

29 de Septiembre de 2015

HERNANDO TRUJILLO POLANCA

RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

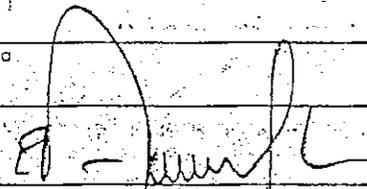
Para efecto de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a lo que se refiere ésta acta como hijo extramatrimonial, en cuya constancia firmo, a los Veintinueve (29) días del mes de Agosto del 2000 / / / / /

Firma del padre: Juan Carlos Guzmán G. Firma de la madre: _____

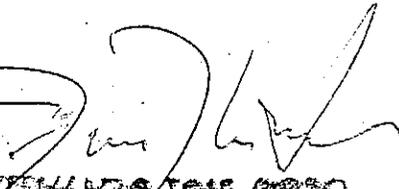
No. y clase de documento de identificación: CC. No. 7.702.144 Neiva Huila No. y clase de documento de identificación: _____

Nombre completo del padre: JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO Nombre completo de la madre: _____

Dirección residencia: CLL 9 No. 11-47 Palermo Dirección residencia: _____

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: EDUARDO VALDERRAMA ANDRADE 

registrado en el Estado Civil
 Palermillo Huila
 es fiel copia tomada del Original
 de conformidad con el Art. 414
 del Decreto Ley 1260 de 1970
 H. N. X R. M. R. D.
 Folio 28192681
 Fecha 16 Julio 2013


HERNANDO TRUJILLO POLANCO
 Registrador Estado Civil

NOTARIA PRIMERA DE NEIVA
 La presente es fiel fotocopia de copia que
 tuve a la vista.

Neiva,
 el Notario

17 DIC 2015

HERNANDO TRUJILLO POLANCO



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL



27102417

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION N°

1) Parte básica	2) Parte compl.
98 07 24	60693

3) Clase (Notaria, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	4) Municipio y Departamento	5) Código
NOTARIA TERCERA = = = = =	NEIVA (HUILA) = = = = =	3510

SECCION GENERICA

6) Primer apellido	7) Segundo apellido	8) Nombres
GUZMAN = = = = =	DIAZ = = = = =	XIOMARA = = = = =
9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO
FEMENINO = = = = =		10) Día: 24, 11) Mes: JULIO, 12) Año: 1998
13) País	14) Departamento	15) Municipio
COLOMBIA = = = = =	HUILA = = = = =	NEIVA = = = = =

SECCION ESPECIFICA

16) Lugar de nacimiento		17) Hora
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NEIVA = = = = =		4:10am
18) Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroquial, etc.)		19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento
CERTIFICADO MEDICO = = = = =		Dr. Heriberto Achury = = = = =
20) Apellidos (el soltero)		21) Nombres
DIAZ SUAREZ = = = = =		JACQUELINE = = = = =
22) Identificación (clase y número)		23) Edad al momento del parto
C.C.No.63.433.379 de Vélez (Sder) = = = = =		35 años
24) Apellidos		25) Nacionalidad
GUZMAN GUARNIZO = = = = =		COLOMBIANA = = = = =
26) Identificación (clase y número)		27) Profesión u oficio
C.C.No.7.702.144 de Neiva = = = = =		HOGAR = = = = =
28) Nombres		29) Edad al momento del nacimiento
JUAN CARLOS = = = = =		22 años
30) Nacionalidad		31) Profesión u oficio
COLOMBIANO = = = = =		COMERCIANTE = = = = =

32) Identificación (clase y número)	34) Firma (autógrafa)
C.C.No.63.433.379 de Vélez (Sder) = = = = =	Jacqueline Diaz JACQUELINE DIAZ SUAREZ = = = = =
35) Dirección postal	36) Nombre:
Calle 9a No.18=21 Emaya = = = = =	JACQUELINE DIAZ SUAREZ = = = = =
37) Identificación (clase y número)	38) Firma (autógrafa)
= = = = =	= = = = =
39) Domicilio (Municipio)	40) Nombre:
= = = = =	= = = = =
41) Identificación (clase y número)	42) Firma (autógrafa)
= = = = =	= = = = =
43) Domicilio (Municipio)	44) Nombre:
= = = = =	= = = = =
(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	
45) Día: 13, 46) Mes: Agosto, 47) Año: 1998	Firma (autógrafa) del notario ante quien se hace el registro
	Firma (autógrafa) del funcionario ante quien se hace el registro



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 15 DEL DECRETO 1260 DE 1970.

CARLOS ENRIQUE PERALTA FIERRE
NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA



05 OCT. 2012

RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

Para efectos del artículo primero de la Ley 75 de 1968, reconozco a la persona a quien se refiere esta acta como hijo extramatrimonial, en cuya constancia firmo. A los días del mes de de

JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO.

Firma del Padre
Nro. Documento de Identidad
7.702.144 de Neiva

Nombre Completo del Padre
JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO

Dirección Residencia
Calle 5a No.18=21 Emaya

Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JUAN CARLOS ENRIQUE FIERRO

Jacqueline Diaz

Firma de la Madre
Nro. Documento de Identidad
63.433.375 de Vlez (Sdery)

Nombre Completo de la Madre
JACQUELINE DIAZ SUAREZ

Dirección Residencia
calle 5a No.18=21 Emaya

(60) Firma del Funcionario ante quien se hace el reconocimiento

[Handwritten signature and stamp area]

NOTAS

Registrado allibro de varios tomo 003

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1 DEL DECRETO 1260 DE 1970.

5002012
CARLOS ENRIQUE FIERRO
NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA.



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL



REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION N°

27101629

1) Parte básica	2) Parte compl.
97 02 20	1987

OFICINA REGISTRO CIVIL: **NOTARIA TERCERA** = = = = =
 Municipio y Departamento: **NEIVA (HUILA)** = = = = =
 Código: **3510**

SECCION GENERICA

INSCRITO: 6) Primer apellido **GUZMAN** = = = = =, 7) Segundo apellido **HAZ** = = = = =, 8) Nombres **NATALIA** = = = = =
 SEXO: 9) **FEMENINO** = = = = =, FECHA DE NACIMIENTO: 10) Día **20**, 11) Mes **FEBRERO**, 12) Año **1997**
 LUGAR DE NACIMIENTO: 13) País **COLOMBIA** = = = = =, 14) Departamento **HUILA** = = = = =, 15) Municipio **NEIVA** = = = = =

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO: 16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., dando curso al nacimiento **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NEIVA** = = = = =, 17) Hora **6:00am**
 18) Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroquial, etc.) **TESTIGOS** = = = = =, 19) Nombre del profesional que certifica el nacimiento, 20) N° licencia
 MADRE: 21) Apellidos (de soltera) **DIAZ SUAREZ** = = = = =, 22) Nombres **JACQUELINE** = = = = =, 23) Edad en años **34 años**
 24) Identificación (clase y número) **C.C.No.63.433.379 de Vélez (Sder)** = = = = =, 25) Nacionalidad **COLOMBIANA** = = = = =, 26) Profesión u oficio **HOGAR** = = = = =
 PADRE: 27) Apellidos **GUZMAN GUARNIZO** = = = = =, 28) Nombres **JUAN CARLOS** = = = = =, 29) Edad en años **21 años**
 29) Identificación (clase y número) **C.C.No.7.702.144 de Neiva** = = = = =, 30) Nacionalidad **COLOMBIANO** = = = = =, 31) Profesión u oficio **COMERCIANTE** = = = = =

DENUNCIANTE: 33) Identificación (clase y número) **C.C.No.63.433.379 de Vélez (Sder)** = = = = =, 34) Firma (autógrafa) **Jacqueline Diaz**
 35) Dirección postal **Calle 5a No.18=21 Alto Emaya** = = = = =, 36) Nombre **JACQUELINE DIAZ SUAREZ** = = = = =
 TESTIGO: 37) Identificación (clase y número) **C.C.No.36.184.544 de Neiva** = = = = =, 38) Firma (autógrafa) **Dulfay Montano P.**
 39) Domicilio (Municipio) **Carrera 16 No 4A=51 Tuquilla** = = = = =, 40) Nombre **DULFAY MONTANO PERDOMO** = = = = =
 TESTIGO: 41) Identificación (clase y número) **C.C.No.91.065.158 de San Gil (Sder)** = = = = =, 42) Firma (autógrafa) **Arley Diaz Suarez**
 43) Domicilio (Municipio) **Carrera 16 No.4A=51 Tuquilla** = = = = =, 44) Nombre **ARLEY DIAZ SUAREZ** = = = = =
 FECHA DE INSCRIPCIÓN: (FECHA EN QUE SE CIENTA ESTE REGISTRO) 45) Día **13**, 46) Mes **Abril**, 47) Año **1998**
 48) Nombre del funcionario que hace el registro, 49) Firma (autógrafa) **[Firma]**
 50) Nombre del funcionario que hace el registro, 51) Firma (autógrafa) **[Firma]**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 150 DE RETO 1260 DE 1970.

03 OCT. 2012

CARLOS ENRIQUE PERAZA FIERRO
NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA



RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

(59) Para efectos del artículo primero de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a quien se refiere esta acta como hijo extramatrimonial, en cuya constancia firmo. A los 13 días del mes de abril de 1998

Firma del Padre
JUAN CARLOS GUZMÁN
Nro. Documento de Identidad
7.702.144 de Neiva
Nombre Completo del Padre
JUAN CARLOS GUZMÁN GUANAVEZO
Dirección Residencia
calle 5a No. 18=21 Neiva
Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JUAN OSCAR ALONSO DIAZ

Firma de la Madre
Jacqueline DIAZ
Nro. Documento de Identidad
53.433.370 de Vélez (Vicer) 1
Nombre Completo de la Madre
JACQUELINE DIAZ SUAREZ
Dirección Residencia
calle 5a No. 18=21 Neiva
60; Firma del Notario ante quien
[Firma]

[Firma manuscrita]

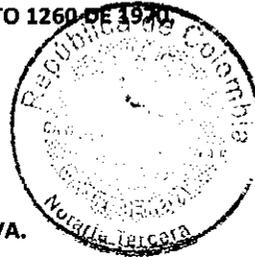
NOTAS

Registrado al libro de varios como OCL.

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970.

03 OCT. 2012

CARLOS ENRIQUE POLO ANA FIERRO
NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA.



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

1 Parte básica	2 Parte compl.
95 10 09	10951

22508937

3 Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.) NOTARIA TERCERA	4 Municipio y Departamento NEIVA (HUILA)	5 Código 3510
---	---	------------------

SECCION GENERAL

6 Primer apellido GUZMAN	7 Segundo apellido DIAZ	8 Nombres ESTEFANI
9 Masculino o Femenino FEMENINO	10 <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
11 Día 09	12 Mes OCTUBRE	13 Año 1995
14 País COLOMBIA	15 Departamento, Int., o Com. HUILA	16 Municipio NEIVA

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento HOSPITAL GENERAL DE NEIVA	18 Hora 2:45am
19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq, etc.) CERTIFICADO MEDICO	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento No. licencia
22 Apellidos (de soltera) DIAZ SUAREZ	23 Nombres JACQUELINE
24 Edad al momento del parto 32 años	25 Identificación (clase y número) C.C.No.63.433.379 de Vélez (Santander)
26 Nacionalidad COLOMBIANA	27 Profesión u oficio HOGAR
28 Apellidos GUZMAN GUARNIZO	29 Nombres JUAN CARLOS
30 Edad al momento del nacimiento 19 años	31 Identificación (clase y número) C. No.7.702.144 de Neiva
32 Nacionalidad COLOMBIANO	33 Profesión u oficio COMERCIANTE
34 Identificación (clase y número) C.C.No.63.433.379 de Vélez (Santander)	35 Firma (autógrafa) Jacqueline Diaz Suarez
36 Dirección postal Carrera 28 No.8S-22 Antonio Galán	37 Nombre JACQUELINE DIAZ SUAREZ
38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre
42 Identificación (clase y número)	43 Firma (autógrafa)
44 Domicilio (Municipio)	45 Nombre
(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro
46 Día 23	47 Mes Octubre
48 Año 1995	49 Nombre del funcionario ante quien se hace el registro. Firma DANE IPTO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 73 DEL DECRETO 1260 DE 1970.

10 3 OCT. 2015
NOTARIA PRIMARIA DE NEIVA
La presente es fiel fotocopia de copia que
tuve a la vista.

Neiva,
El Notario

U 1 DIC 2015

Notario Primero

HERNANDO TRUJILLO POLANCO



RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

(59) Para efectos del artículo primero de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a quien se refiere esta acta como hijo extramatrimonial en cuya constancia firmo. A los 23 días del mes de octubre de mil novecientos noventa y cinco

Juan Carlos Guzman
Firma del Padre
Nro. Documento de Identidad
7.702.144 de Neiva
Nombre Completo del Padre

Jacqueline Diaz Suarez
Firma de la Madre
Nro. Documento de Identidad
67.433.379 de Vicoz (Santander)
Nombre Completo de la Madre

JUAN CARLOS GUZMAN GUARIZO
Dirección Residencia

JACQUELINE DIAZ SUAREZ
Dirección Residencia

Carrera 28 No. 85-22 Antonio Galán
Nombre del Funcionario ante quien se hace el reconocimiento

(60) Carrera 28 No. 85-22 Antonio Galán
Nombre del Funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JUAN OSORIO MENDEZ

(61) NOTAS

Registrado al libro de varios tomo 35 folio 048.

NOTARIA PRIMERA DE NEIVA
*La presente es fiel fotocopia de copia que
tuve a la vista.*

Neiva, 01 DIC 2015

Notario

Notario Primero

HERNANDO TRUJILLO POLANCO

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970.

03 OCT. 2012

CARLOS ENRIQUE POLANIA FERRO
NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA



[Handwritten signature]

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE DE EPICRISIS

Ingreso: 0001090744

Fecha de Impresión: jueves, 29 de junio de 2017 4:26 p. m.

Página 1/2

Identificación: 7702144

Nombres: JUAN CARLOS

Apellidos: GUZMAN GUARNIZO

DATOS BASICOS

Fecha Ingreso: 22/04/2015 9:02:11 a. m.

Fecha Egreso: 22/04/2015 11:56:59 a. m.

Servicio Ingreso: CIRUGIA PRINCIPAL- 1 PISO

Servicio Egreso: CIRUGIA PRINCIPAL- 1 PISO

Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto

Tipo Documento: CC Numero: 7702144

Apellidos: GUZMAN GUARNIZO

Edad: 38 Años 10 Meses 13 Dias (9/06/1976)

Nombres: JUAN CARLOS

Sexo: MASCULINO

Dirección: KKR 28 N 9 10 - JOSE ANTONIO GALAN - TUNJA

Tipo Paciente: SUBSIDIADO

Telefono: 8700531 - 3143487777

Tipo Afiliado: NO APLICA

Entidad Responsable: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA

Estado Civil: UNION LIBRE

Profesión: COMERCIANTE

Grupo Etnico:

Fecha Nacimiento: 9/06/1976 12:00:00 a. m.

Seguridad Social: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Codigo CIE10 S423

Diagnostico FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO

CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION

22/04/2015 11:57:10 a. m. PACIENTE QUE TIENE CUADRO DE OSTEOMILITIS CRONICA DE HUMERO MAS LESION D ENERVIO RADIAL QUE NO SE RELIZA TRANFERENCIA NERVIOSA POR QUE NO HAY SUTURA VASCULAR

Profesional: DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIREZ

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DATOS DE INGRESO

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: RETIRO DE TUTOR

Enfermedad Actual: PACIENTE QUE INGRESA A CIRUGIA PROGRAMADA DE RETIRO DE TUTOR EXTERNO EN HUMERO

ANTECEDENTES GENERALES

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 --

REVISION POR SISTEMAS

RETIRO DE TUTOR

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

TA: 120/70 mmHg TAM: 86,67 mmHg FC: 72 lpm FR: 18 rpm T: 36 °C SO2: 98% PESO: 1 KG TALLA: 1 CM

Profesional: DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIREZ

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tarjeta Prof. # 806-02

IMC: 10000 Kg/m²

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza: N AN

Ojos: N AN

ORL: N AN

Cuello: N AN

Torax: N AN

Abdomen: N AN

Genitourinario: N AN

Extremidades: N AN PACIENTE QUE TIENE TUTOR EXTERNO EN ZAON DE HUMERO IZQUEIROD CON MANO CAIDA

Neurologica: N AN

Piel: N AN

Observaciones:

ANALISIS

22/04/2015 11:57:10 a. m. PACIENTE QUE TIENE CUADRO DE OSTEOMILITIS CRONICA DE HUMERO MAS LESION D ENERVIO RADIAL QUE NO SE RELIZA TRANFERENCIA NERVIOSA POR QUE NO HAY SUTURA VASCULAR

Profesional: DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIREZ

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 Diagnostico
S423 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO

Observaciones Principal

ORDENES MEDICAS

Servicios Sin Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
22/04/2015 11:57:10 a. m.	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN CIRUGIA GENERAL	1	<input type="checkbox"/>
22/04/2015 11:57:10 a. m.	RADIOGRAFIA DE HUMERO	1	<input checked="" type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Medicamento	Manejo Extramural
ACETAMINOFEN 500 mg Tableta	<input checked="" type="checkbox"/>

Representante Legal: CLINICA MEDILASER SA
Numero de Cedula: 813001952

Profesional: DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIREZ
Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA
Tar. Profesional # 806-02

Profesional: DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIREZ
Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Prof. # 806-02

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 0001123781 Fecha Historia: 20/05/2015 03:30:59 p.m. # Autorización: POP **Página 1/1**
Fecha Ingreso: 20/05/2015 01:36:00 p.m. Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto
Identificación: 7702144 Nombres: JUAN CARLOS Apellidos: GUZMAN GUARNIZO
Número de Folio: 2 Ubicación: CLINICA MEDILASER SA PRINCIPAL - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUZMAN GUARNIZO Tipo Documento: CC Numero: 7702144
Nombres: JUAN CARLOS Edad: 38 Años 11 Meses 11 Días (09/06/1976)
Dirección: KKR 28 N 9 10 - JOSE ANTONIO GALAN - TUNJA Sexo: MASCULINO
Teléfono: 8700531 - 3143487777 Grupo: RH:
Entidad Responsable: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Seguridad Social: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA Tipo Afiliado: NO APLICA
Estado Civil: UNION LIBRE Grupo Étnico:
Profesión: COMERCIANTE

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
S422	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>

OBJETIVO - ANALISIS

Paciente que acude a control postoperatorio de retiro de tutor
paciente que acude con limitacion a loa duccion de hombro la exteccion de dedos movilidad en bloque de la diccion de dedos de la mano izq
mejoria de la exteccion de la muñeca
plan:
se ordena ortesis para nervio radial, terapia fisica y control en 2 meses

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad	en Sitio
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD Observaciones: 20 SECCIONES DE FORTALECIMIENTO CON TENS	20	<input type="checkbox"/>

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad
890402C	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN ORTOPEDIA Observaciones: CIRUGIA DE MANO EN DOS MESES	1

DESTINO

SALIDA

Profesional: DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIREZ
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional # 806-02

Profesional: DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIREZ	Identificación: 7702144
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Nombre: JUAN CARLOS
Tarjeta Prof. # 806-02	Apellido: GUZMAN GUARNIZO

REMISION DE PACIENTES

REGISTROS MEDICOS
SIS 412 A

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

SOLICITUD

DE: A: *Hosp. Maria Inmaculada*

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

CC. 7-702144

<i>Guzman</i>		<i>Guarnizo</i>		<i>Joan Carlos</i>		No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE RECIBE
1er APELLIDO		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		
EDAD <i>38</i>		SEXO H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) <i>Puerto Rico - Caguas</i>		No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE RECIBE
AÑOS MESES DIAS						
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACION DE PARENTESCO)						TELEFONO
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País)						

C. SOLICITUD DE ATENCION

FECHA DE REMISION		MEDICO QUE REMITE <i>MIGUEL REDONDO M.</i> MEDICO CIRUJANO U. GUAYAQUIL - ECUADOR REG. MED. 3196/94	SERVICIO AL CUAL SE REMITE <i>Ortopedia</i>
AÑO	MES DIA		

D. ORDENAMIENTO

1 Resumen de Anamnesis y Exámen Físico	3 Resúmenes de la Evolución	6 Tratamientos Aplicados
2 Fechas y Resultados de Exámenes Auxiliares de Diagnóstico	4 Diagnóstico	7 Motivo de Remisión
	5 Complicaciones	8 Firma y Código de la Persona Responsable

Pala gr caya de su propio altura, recibiendo trauma en miembros superiores izquierdo. Se observan edemas de brazo y deformación óseo.

App = (-) Q = (-) At = (-)

EF: TA: 140/90 T: 36,5 FR: 20 FC: 96 SpO2: 97%

IDP: - Fractura de Brazo - S 428 - S 423
- Traumatismo M.S.T - S 43

se solicite valoración por ortopedia.

Trac

Curul de yeso
Diclofenaco 35mg IM.

Miguel Redondo M.
MIGUEL REDONDO M.
MEDICO CIRUJANO
U. GUAYAQUIL - ECUADOR
REG. MED. 3196/94

206-3

 <p>clínica PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES NIT. 813.011.577 - 4</p>	REGISTROS MEDICOS					
	EPICRISIS					
	29 D	08 M	14 A	FECHA		

GUZMAN			GUARNIZO			JUAN CARLOS		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE		
38 AÑOS		206-3	1108651	27/08/2014	COMFAMILIAR		7702144	
EDAD		CAMA	ADMISION	INGRESO	ENTIDAD		HISTORIA CLÍNICA	
27 D	08 M	14 A	URGENCIAS			29 D	08 M	14 A
UNIDAD FUNCIONAL			UNIDAD FUNCIONAL			HOSPITALIZACIÓN		
INICIO DE LA ATENCIÓN			FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN					

A. DIAGNOSTICO							
DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y RELACIONADOS							CÓDIGO CIE 10
1. POP DIA 1 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA + OSTEOTOMIA DE HUMERO.							
2. FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO.							

B. PLAN DE MANEJO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 9 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA CONTUNDENTE A NIVEL DE BRAZO IZQUIERDO, CON POSTERIOR DOLOR, DEFORMIDAD Y LIMITACION PARA MOVIMIENTOS DE DICHA EXTREMIDAD; CONSULTO PREVIAMENTE SIENDO VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN CONSIDERO FRACTURA DE HUMERO POR LO QUE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO Y DA EGRESO PARA PROGRAMAR CIRUGIA AMBULATORIA. INGRESA HOY PROGRAMADO PARA CIRUGIA.

2. EVOLUCIÓN

28-08-14: PACIENTE ESTABLE, ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN REDUCCION ABIERTA FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA CON PLACA DCP + OSTEOTOMIA DE HUMERO, ENCONTRANDO FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO CON CALLO OSEO BLANDO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES; SE TRASLADA A PISO A CONTINUAR MANEJO POSOPERATORIO.

29-08-14: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA EVOLUCION DEL POSTOPERATORIO, RX CONTROL MUESTRA ADECUADA POSICION DE PLACA Y FRACTURA, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON DOLOR CONTROLADO, POR LO QUE SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS ALARMA, FORMULA MEDICA Y CONTROL.

3. COMPLICACIONES

NINGUNA

4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA. CON SIGNOS VITALES TA: 110/70 MMHG FC: 74 LPM, FR 18 RPM.
C/C: LESION COSTROSA NECTROTIZADA DEPRIMIDA A NIVEL DE LA FONTANELA ANTERIOR HASTA REGION FRONTAL.
C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: PULSOS POSITIVOS, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO POR CABESTRILLO, HERIDA SANA CUBIERTA POR VENDAJE DE GASA.
NEUROLOGICO: ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

5. ORDENES MEDICAS

- RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA.
- DICLOFENAC 50MG VO CADA 12 HORAS.
- CEFALEXINA 500MG VO CADA 6 HORAS.
- CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN 10 DIAS.
- CURACIONES DIARIAS 2 VECES AL DIA.
- USAR CABESTRILLO INMOVILIZADOR.
- TERAPIAS FISICAS DE MOVILIZACION MANO IZQUIERDA EN CASA.

6. PARACLINICOS

VER HISTORIA CLINICA.

Clínica Hospital General Pavia
 R.M. 3341
 C.C. 2619024
 Hospital General Pavia
 R.M. 3341
 C.C. 2619024



clínica

PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT. 813.011.577 - 4

REGISTROS MEDICOS

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

29 08 14

D M A

FECHA

GUZMAN			GUARNIZO			JUAN CARLOS		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE		
38 AÑOS		206-3	1108651	27/08/2014	COMFAMILIAR		7702144	
EDAD		CAMA	ADMISION	INGRESO	ENTIDAD		HISTORIA CLÍNICA	
27	08	14	URGENCIAS		29	08	14	HOSPITALIZACIÓN
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL		D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL
INICIO DE LA ATENCIÓN				FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN				

DICLOFENAC X 50MG TABLETAS; TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS.	# 20 (VEINTE)
CEFALEXINA X 500MG TABLETAS; TOMAR 1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.	# 28 (VEINTIOCHO)
CURACIONES CON AGUA Y JABON 2 VECES AL DIA. REALIZAR TERAPIAS EN CASA PARA MOVILIZAR MANO IZQUIERDA.	
USAR CABESTRILLO INMOVILIZADOR.	
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN 10 DIAS.	<ol style="list-style-type: none"> POP DIA 1 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA + OSTEOTOMIA DE HUMERO. FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO.

Handwritten signature and stamp:
 Carlos Michel...
 C.C. 8639624
 Ortopedia y Traumatología



Comun

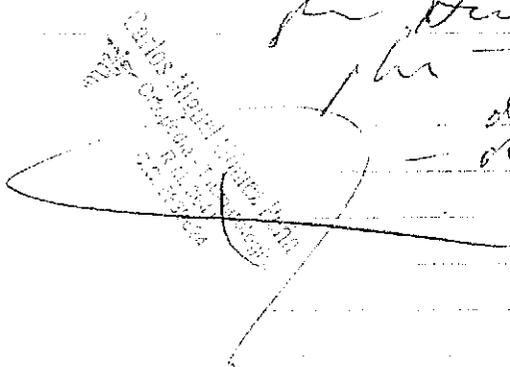
San Pedro

1-09-14
SM

Indicaciones

Observar 38 días
con observación de
nuevo punto y
hacer experimento
en los términos
de 1941, 10 días
en el total
El día con
datos que
en suma, se
normalmente
un secreto
sensibilidad
por parte

por - Acción
de - en punto
- de punto



~~21~~ Octubre 1)

22 Octubre
Dr Jefferson

09:20 AM
Perdomo.

→ Dr OSCAR MUÑOZ - MUÑOZ.
URO.

Autorizado 28 Septiembre

Atención:

23 Agosto: Ingreso x Urgencias, egreso 22 Agosto en ROP Fact 853148 Urgencias
27 Agosto: " x Ambulatorio egreso 24 Agosto Fact. 860320 Hospitalario x 2 días + CX
08 Sept: Ingreso x Urgencias Facturado 12 Sept Fact 855595 y/c Ortopedia.



EPICRISIS

Nombres y Apellidos: Juan Carlos Guzman Fecha: 17-10-2014 No. H.CL. 7702144

Unidad Funcional: Obstetricia Asegurador: Compartidos Cama S2

A. IDENTIFICACIÓN

EDAD			SEXO	INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN			FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN		
Día	Mes	Año	F <input type="radio"/>	FECHA			FECHA		
		<u>36</u>	M <input checked="" type="radio"/>	<u>12</u>	<u>10</u>	<u>14</u>	<u>17</u>	<u>10</u>	<u>14</u>
				Unidad Funcional <u>Obstetricia</u>			Unidad Funcional <u>Obstetricia</u>		

B. DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO Ⓞ Osteomielitis de Humeros izquierdo en tratamiento.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO U OBSTETRICO Ninguno.

TRATAMIENTOS Oxacilina - Clindamicina - Diflucan

C. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente de 3 días de evolución consistente en dolor y presencia de secreción a nivel de hombro izquierdo, motivo por el cual consulta; refiere como antecedente osteomielitis de humeros izquierdo. Al examen físico con hiper vitales vitales, Cardiorpulmonar normal, la secreción serohemática por tercio proximal de (dere) brazo izquierdo con dolor y edema local. Se ingresa para inicio de manejo.

2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN

Volvió por ortopedia para iniciar tratamiento antibiótico y estudios para osteomielitis. Se confirma radiológicamente por lo que se programa manejo antibiótico prolongado. Buena evolución favorable, sin fiebre, tomando lo que se le indicó, por lo que se interconsulta a programa de hospitalización en caso que cuando presente algún fe ingreso a hospitalización en casa.

IMPRESO POR SAN LITOGRAFIA Y COMERCIALIZADORA CEL.: 314 330 2512 - TEL.: 87171007



WOS SA
Para ti solo tenemos soluciones
MIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PH-HP-FO-009

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 2 de 2

EPICRISIS

3. COMPLICACIONES

Ninguna

4. CONDICION DEL PACIENTE A LA FINALIZACION (SEÑALAR INCAPACIDAD FUNCIONAL SI LA HUBIERA)

Favorable

5. PRONOSTICO

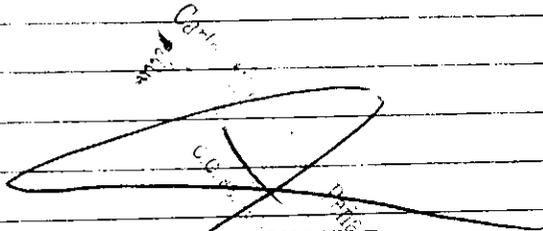
Bueno si sigue recomendaciones.

6. RECOMENDACIONES

- Omeprazol
- Levotiroxina
- Ranitidina 150 mg 1/12h.
- Dipirona 500 mg 1/12h.
- Clindamicina 600 mg 1/12h (25)
- Oxacilina 750 mg 1/12h (25)

7. FECHA Y RESULTADO DE EXÁMINES DE DIAGNÓSTICO

Ver Historia Clínica



8. FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones
MIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTRO

CÓDIGO: DT-SF-FO-002

FECHA: 11/07/11

VERSIÓN: 01

PAGINA: 1 DE 1

REQUERIMIENTO DE FARMACIA

NOMBRES Y APELLIDOS			DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ADMISIÓN	FECHA					
Juan Carlos Guzman Guarnizo			7702144		27	10	14			
ENTIDAD (EPS)	SERVICIO	PISO / CAMA	No. HISTORIA CLINICA	CODIGO CIE-10	TIPO DE USUARIO (X)	CONT	SUBS	PART	PREP	OTRO
CIF	PAHO		7702144							
				DIAGNOSTICO						

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL/NOMBRE GENÉRICO)	CONCENTRACIÓN	PRESENTACIÓN / FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMON	CANTIDAD FORMULADA		DURACIÓN TIO (DÍAS)	DOSIS / FRECUENCIA
				NÚMEROS	LETRAS		
Acetaminofen	500mg	Tab	VO	20	veinte		2 tab c/d hora si dolor
Trameto psm-sulfa	160/800mg	Tab	VU	30	treinta	30	1 tab c/dia
/			/				/

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

FIRMA, SELLO Y REGISTRO DEL MEDICO ODONTÓLOGO	FIRMA Y SELLO DE QUIEN DISPENSA	FIRMA Y CEDULA DE QUIEN RECIBE

ESTA ORDEN MEDICA ES VALIDA POR 72 HORAS A PARTIR DE SU DILIGENCIAMIENTO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD
Carrera 6 N° 16 - 35 PBX 863 20 00 Neiva - Huila * Consulta especializada Calle 16 - No. 6 - 40
E-mail: servicioalcliente@clinicauros.com



Clínica
UROS SA
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

HOJA DE GASTOS

No. 222825

CÓDIGO: GR-AS-FO-002

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PÁGINA: 1 de 1

FECHA: 22/10/2014 ENTIDAD: Clf No. ADMISIÓN: 7702144

NOMBRE: Juan Carlos Guzman Guadino HABITACIÓN No. _____

CANTIDAD SOLICITADA	DETALLE	PRESENT.	ENTREGADO	PENDIENTE
	Control ambulatorio en Ortopedia en 0 días			
	Dx: 1) Celulitis brazo izquierdo			
	2) T.S.V.			
	3) Antecedente osteosíntesis humero 174			

NOMBRE QUIEN RECIBE: _____

FECHA ENTREGADO POR: _____



Carrera 6 No. 16-35 Neiva - Huila
Teléfono: 8756190 - 8753619 Telefax: 8755864

PACIENTE

 <p>PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES NIT. 813.011.577 - 4</p>	REGISTROS MEDICOS		
	EPICRISIS y/o CONTRARREFERENCIA		
	22 D	10 M	14 A
			FECHA

GUZMAN			GUARNIZO			JUAN CARLOS		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE		
38 AÑOS	PAHD	17-10-2014	COMFAMILIAR			7702144		
EDAD	CAMA	FECHA INGRESO	ENTIDAD			ADMISION	IDENTIFICACION	
17	10	14	PAHD			22	10	14
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL			D	M	A
INICIO DE LA ATENCION						FINALIZACION DE LA ATENCION		

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y RELACIONADOS				CODIGO CIE 10	
1. CELULITIS DE BRAZO IZQUIERDO TRATADA. 2. INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO SUPERFICIAL TRATADA. 3. ANTECEDENTE DE OSTEOSINTESIS HUMERO IZQUIERDO.					
PROCEDIMIENTO:				VIA	CODIGO
NINGUNO					
TRATAMIENTOS:				REFERENCIA	UVR
OXACILINA, CLINDAMICINA, DIPIRONA					

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EVOLUCIÓN.
<p>PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS POP OSTEOSINTESIS HUMERO IZQUIERDO QUIEN INGRESÓ POR URGENCIAS POR CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN DOLOR Y SECRECION DE HERIDA QUIRURGICA EN BRAZO IZQUIERDO. AL INGRESO VALORADO POR ORTOPIEDIA QUE CONSIDERA ISO SUPERFICIAL + CELULITIS HOMBRO IZQUIERDO, POR LO CUAL SE INDICA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CON OXACILINA 2 GR IV CADA 6 HORAS Y CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 8 HORAS. ANTE BUENA EVOLUCION SE DECIDE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION DOMICILIARIA HASTA COMPLETAR ESQUEMA.</p> <p>18-10-2014. PACIENTE EN PRIMER DIA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA RECIBIENDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO PARA CELULITIS DE HOMBRO IZQUIERDO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. CONTINÚA IGUAL EVOLUCIÓN.</p> <p>21-10-2014. PACIENTE MASCULINO QUIEN SE ENCUENTRA EN HOSPITALIZACION DOMICILIARIA RECIBIENDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO PARA ISO CON BUENA EVOLUCION, SIN PRESENCIA DE SIRS, ESTABLE CLINICAMENTE. CONTINÚA IGUAL MANEJO.</p> <p>22-10-2014. PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS QUE COMPLETÓ TRATAMIENTO ANBIÓTICO ORDENADO POR ORTOPIEDIA PARA ISO + CELULITIS DE BRAZO IZQUIERDO. CON BUENA EVOLUCIÓN. SE DA ALTA DEL PROGRAMA CON FÓRMULA MÉDICA Y CONTROL CON ORTOPIEDIA POR LA CONSULTA EXTERNA.</p>
COMPLICACIONES NINGUNA
CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN
<p>ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SV: TA 110/70 MMHG, FC 76 LPM, FR 16 RPM, T° 36.6 °C, SAO2 97% AL MEDIO. C/C: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS HÚMEDAS, CUELLO MÓVIL SIN MASAS NI INGURGITACIÓN YUGULAR. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR LIMPIO, NO AUSCULTO SOBREGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES: PRESENTA HERIDA QUIRURGICA EN CARA POSTERIOR DE BRAZO IZQUIERDO CON SOLUCION DE CONTINUIDAD EN EXTREMO DISTAL DE LA MISMA, SIN SIGNOS LOCALES INFLAMATORIOS. GENITOURINARIO: DIURESIS ESPONTÁNEA. NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO GLOBALMENTE, GLASGOW 15/15. SIN DÉFICIT.</p>
ÓRDENES MÉDICAS
1. SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. 2. ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS. 3. TRIMETOPRIM-SULFA TAB X 160/800 MG CADA DIA POR 30 DIAS. 4. CONTROL AMBULATORIO CON ORTOPIEDIA POR CONSULTA EXTERNA EN 8 DIAS.

1. PROFESIONAL RESPONSABLE


 OSCAR F. BEDOYA CORTES
 FIRMADO
 CIRUJANO



Clínica **UROS** S.A.
 PARA TI SOLO HEMOS SOLUCIONES
 NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

CÓDIGO: PH-HP-FO-008
 FECHA: 20-02-09
 VERSIÓN: 00
 PÁGINAS: 1 de 2

IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN HC **7702144**

Guzman

JUAN CARLOS

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

EDAD

SEXO

38

F

M

No. CAMA

SERVICIO

Compañía

SEGURIDAD SOCIAL

ORDENAMIENTO

Toda nota debe contener la fecha, hora, firma y código del profesional

FECHA

HORA

EVOLUCIÓN

ÓRDENES

22/10

14

Ortopedia

POP osteosíntesis de húmero izquierdo (28/08/14) posterior a ISD de húmero en manexo con Antibiótico proe rx U de húmero izquierdo de hace 10 días que evidencio fractura diáfisis de húmero alineado con material de ósea adecuada posición
 Ef: prouto edorno de enfermedad en brazo izquierdo, fistula en herida qxt con escasa secreción serosa.

Plm. Asistir por urgencias para turno de Rx de húmero
 Aflojamiento de material de osteosíntesis

Dr. Jefferson Perdomo C.
 Ortopedia y Traumatología
 R.M. 1321 / 7725.941
 FUSM

 <p>CLÍNICA PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES NIT. 813.011.577 - 4</p>	REGISTROS MEDICOS				
	EPICRISIS Y/O CONTRARREFERENCIA		29 D	10 M	14 A
				FECHA	

GUZMAN						JUAN CARLOS		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE		
38 AÑOS		206-1	1123232		22/10/2014	COMFAMILIAR		7702144
EDAD		CAMA	ADMISIÓN		INGRESO	ENTIDAD		HISTORIA CLINICA
22	10	2014	URGENCIAS			29	10	2014
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL			D	M	A
INICIO DE LA ATENCIÓN						FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN		

DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y RELACIONADOS	CÓDIGO CIE 10
1. POP REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA + COLOCACION DE TUTORES EXTERNOS	

1. RESUMEN DE ANAMNESIS
PACIENTE DE 38 AÑOS REMITIDO DE CONSULTA EXTERNA CON ANTECEDENTE DE POP DE OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO (28/08/2014) QUIEN EN CONTROL DE ORTOPEDIA SE EVIDENCIA DEFORMIDAD EN BRAZO IZQUIERDO CON SOSPECHA DE DESPLAZAMIENTO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, CON ISO PROFUNDA EN MANEJO ANTIBIOTICO A QUIEN SE EVIDENCIA AFLOJAMIENTO DE MATERIAL CON SECRECIO POR HERIA SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS + COLOCACION DE TUTOR EXTERNO + LAVADO QUIRURGICO, Y SE TRASLADA A PISO A CONTINUAR MANEJO Y PENDIENTE SU PROGRAMACION.
2. EVOLUCIÓN
25/10/14 ANESTESIA: SE SOLICITAN PARACLINICOS Y REVALORACION CON RESULTADOS. 26/10/14 PENDIENTE PROGRAMAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. 27/10/14 SE TRASLADA A CIRUGIA SE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN COMPLICACIONES. 28/10/14 TERAPIA FISICA CONTINUA, MANEJO MEDICO, PENDIENTE RX DE HUMERO. 29/10/14 PACIENTE CON BUENA EVOLUCION, SE DA SALIDA CON ANALGESIA Y CEFRADINA. CITA POR CONSULTA EXTERNA PRIORITARIA.
3. COMPLICACIONES
• NINGUNA
4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO. CON SIGNOS VITALES: TA 100/70 MMHG, FC 70 LPM, FR 16 RPM, T°:36.5°C SAT:98% FIO2:21% C/C: MUCOSA ORAL HUMEDA, NORMOCROMICA, ESCLERAS ANICTERICAS;. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIN EDEMAS. PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR CONSERVADO. HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFECCION NI SANGRADO. TUTOR EXTERNO NORMOPOSICIONADO. NEUROLOGICO: ALERTA, NO DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR, GLASGOW 15/15.
5. PLAN DE MANEJO AMBULATORIO
1. SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA 2. ACETAMINOFEN 1 G VO CADA 6 HORAS POR 5 DIAS 3. CEFRADINA 1 G VO CADA 6 HORAS POR 10 DIAS 4. CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA CON ORTOPEDIA EN 10 DIAS PRIORITARIA
6. PARACLINICOS
ANEXO EN HC

Dr. Jedderson Pardo G.
 Ortopedia y Traumatología
 R.M 1361 17.725.941
 FUSM

ESTUDIO DE ELECTRODIAGNOSTICO
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
 CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS EL NOGAL CONS. 505
 TEL. 8720488

Fecha de Estudio: 29-Jan-15

Paciente: Juan Carlos Guzman Guarnizo	Edad: 38	Medico: MARTHA HERNANDEZ
Sexo: Male	Estatura: cm	EPS: Comfamiliar
ID: 7702144	Peso: lbs.	

HISTORIA DEL PACIENTE:

Fractura de humero izquierdo hace 5 meses, manejado con tutor externo, presenta mano caída, no ha notado variaciones.

Nerve Conduction Studies

Anti Sensory Summary Table

Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm P-T Amp	Site1	Site2	Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Anti Sensory (2nd Digit)											
Wrist		2.8	<3.6	43.9	>10	Wrist	2nd Digit	2.8	14.0	50	>39
Right Median Anti Sensory (2nd Digit)											
Wrist		2.9	<3.6	44.9	>10	Wrist	2nd Digit	2.9	14.0	48	>39
Left Radial Anti Sensory (Base 1st Digit)											
Wrist	NR		<3.1			Wrist	Base 1st Digit		0.0		
Right Radial Anti Sensory (Base 1st Digit)											
Wrist		2.6	<3.1	9.3		Wrist	Base 1st Digit	2.6	0.0		
Left Ulnar Anti Sensory (5th Digit)											
Wrist		2.5	<3.7	18.0	>15.0	Wrist	5th Digit	2.5	14.0	56	>38
Right Ulnar Anti Sensory (5th Digit)											
Wrist		2.7	<3.7	67.1	>15.0	Wrist	5th Digit	2.7	14.0	52	>38

Motor Summary Table

Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm O-P Amp	Site1	Site2	Delta-0 (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Motor (Abd Poll Brev)											
Wrist		2.8	<4.2	7.1	>5						
Right Median Motor (Abd Poll Brev)											
Wrist		3.2	<4.2	6.5	>5	Elbow	Wrist	3.8	24.0	63	>50
Elbow		7.0		7.6							
Left Radial Motor (Ext Ind Prop)											
8cm	NR		<2.5		>1.7	Up Arm	8cm	3.0	0.0		>60
Up Arm	NR										
Left Ulnar Motor (Abd Dig Minimi)											
Wrist		2.8	<4.2	5.5	>3						
Right Ulnar Motor (Abd Dig Minimi)											
Wrist		3.0	<4.2	6.6	>3	B Elbow	Wrist	4.1	26.0	63	>53
B Elbow		7.1		6.2							

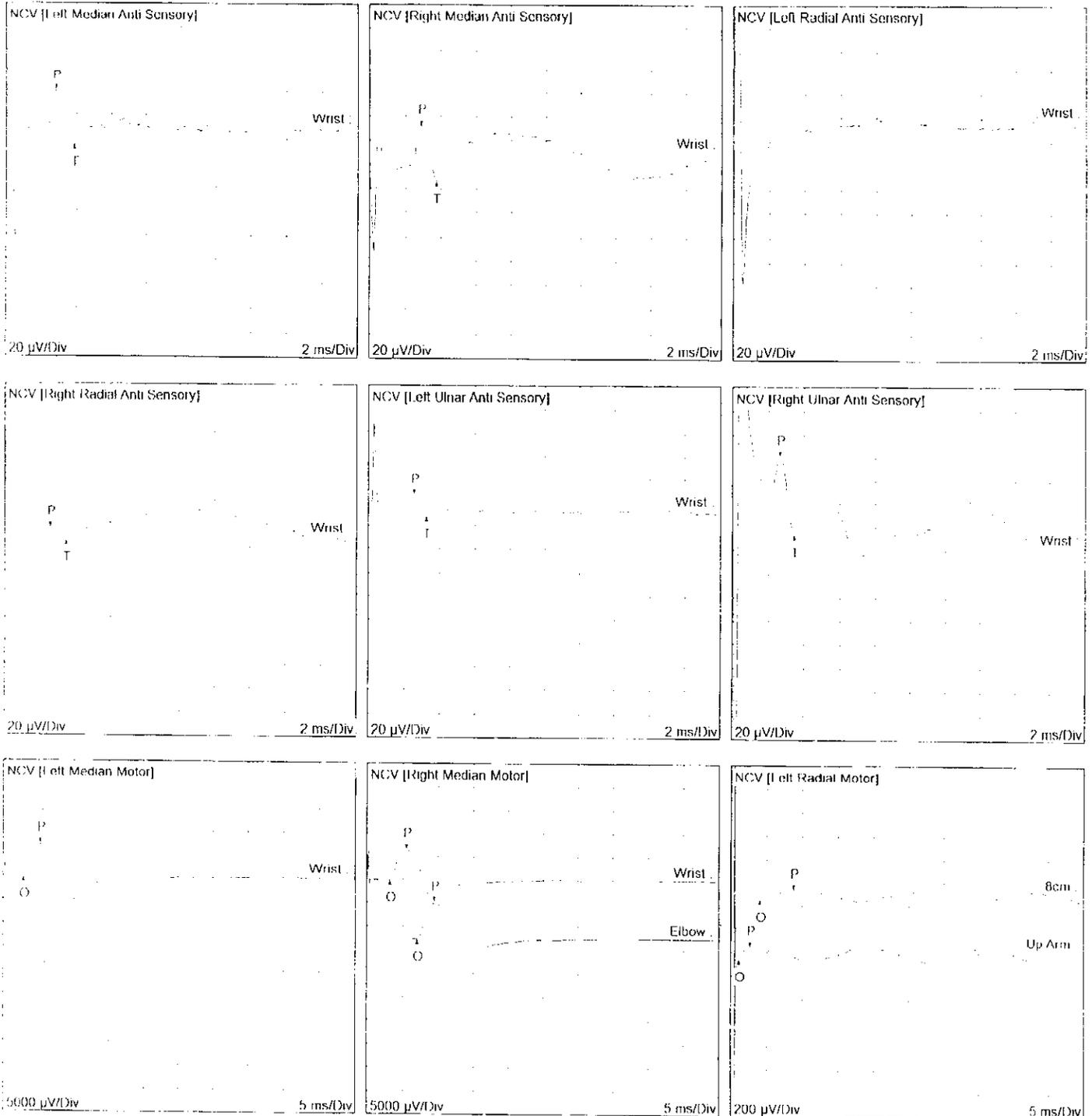
F Wave Studies

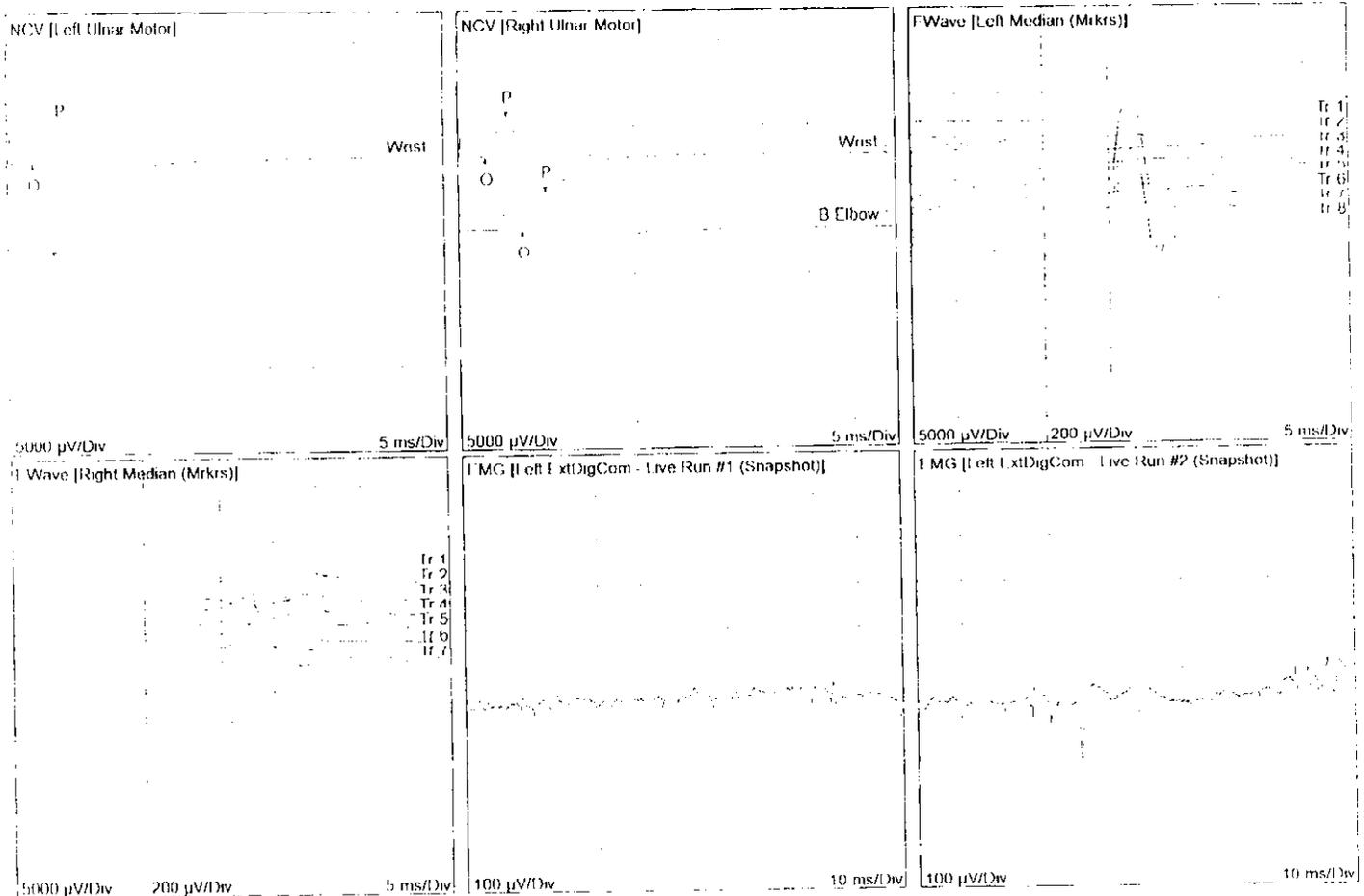
NR	F-Lat (ms)	Lat Norm (ms)	L-R F-Lat (ms)	L-R Lat Norm
Left Median (Mrks) (Abd Poll Brev)				
	22.41	<33	1.49	<2.2
Right Median (Mrks) (Abd Poll Brev)				
	23.90	<33	1.49	<2.2

EMG

Side	Muscle	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	Psw	Amp	Dur	Poly	Recrt	Int Pat	Comment
Right	Abd Poll Brev	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Abd Poll Brev	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	1stDorInt	Ulnar	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Right	1stDorInt	Ulnar	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	ExtIndicis	Radial (Post Int)	C7-8	Nml	2+	3+	Nml	Nml	0	Reduced	Nml	no actividad
Left	ExtDigCom	Radial (Post Int)	C7-8	Nml	2+	3+	Nml	Nml	0	Reduced	Nml	no actividad

GRAFICAS:





HALLAZGOS:

Se realizó estudio de electrodiagnostico de los miembros superiores obteniendo los siguientes hallazgos:

- Ausencia de respuesta sensitiva y motora de nervio radial izquierdo.
- Neuroconducciones sensitivas y motoras de nervios mediano y ulnar bilateral y radial superficial derecho con latencias, amplitudes y velocidades de conducción dentro de límites normales.
- Onda F de nervios medianos con latencias y persistencia adecuadas.
- Electromiografía convencional de músculos extensor indies propius y extensor digitorum comunis con abundantes signos de inestabilidad de membrana y ausencia de actividad motora voluntaria. Otros músculos evaluados con hallazgos normales.

CONCLUSION:

Estudio electrofisiológico anormal, compatible con lesión *completa* de nervio radial izquierdo a nivel de tercio medio/distal de brazo, sin evidencia de reinervación.

Martha Cecilia Hernández Ortiz
 Medicina Física y Rehabilitación
 USCO U. NACIONAL

Martha C. Hernández Ortiz
 R.M. 13,3242/02

MARTHA C. HERNANDEZ O.
 Md. Fisiatra.



PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES

Neiva, 30 de Octubre de 2014

DM13181

Señor:

JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO

CARRERA 28 No 9-10

Barrio Jose Antonio Galán

3143487777

Ciudad

Asunto: Respuesta solicitud de historia clínica

Cordial Saludo;

*En relación al asunto en referencia nos permitimos hacer entrega de la copia correspondiente a la historia clínica del usuario JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO, identificado con cedula de ciudadanía, **7.702.144***

Lo anterior a fines pertinentes como lo es solicitado.

Agradezco su atención

Cordialmente

TITO VLADIMIR POLANÍA TORRES

Director Médico

Clínica Uros S.A

Anexo: copia historia clínica (41 folios)



Clínica
UPOS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

TRIAGE

No. 200060

CÓDIGO: PA-UR-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PÁGINA: 1 de 1

CLASIFICACIÓN TRIAGE

Entidad: CCF
 Fecha: 08. SEPT. 2014 Hora: 9.27. AM.
 Nombre: Juan Carlos Goffman Doc. Identidad: 7.752.144 Edad: 38 años

MOTIVO DE CONSULTA: Acados Ojeros de 9 días de dolor en herida quirúrgica de Bazo Rizado, movado a dehiscencia de sutura

SIGNOS VITALES

PA 1 / FC FR 73 x T 36.5 Glasgow 15 / 15

Pulso: Regular Irregular

Antecedentes relevantes Osteosintesis de Humeros.

Hallazgo Positivo Ex. Físico Ext: Mando, Herida Abierta con I. Exposición de Tejido Celular Subcutáneo y Músculo Steffany

Impresión Diagnóstica Dehiscencia de Herida

CLASIFICACIÓN TRIAGE: I II III IV

FIRMA DEL MÉDICO

PREMECOL LTDA - NIT 813.001.747-7 - TEL: 0212 204 1000



Clinica
UFO
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-AC-FO-002

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 1 de 2

11192

A- IDENTIFICACIÓN

No: 79344

1er. APELLIDO Gutman		2do. APELLIDO (o de casada)		NOMBRE Juan Carlos		No. HISTORIA CLÍNICA	
EDAD 38	SEXO M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>	DOCUMENTACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> RC. <input type="radio"/> No. 7.702.144					
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) CX 28 # 9-10				TELÉFONO 34348777		PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Nombre, Relación de Parentesco o Amistad) Jose Antonio Galan	
ENTIDAD CF		CONDICIÓN DEL USUARIO Vinculado <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			CÓDIGO AUTORIZACIÓN 299525		

B - LLEGADA DEL PACIENTE

FECHA 08-09-19 9-07	EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS? SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> CUAL	EN QUÉ ESTADO LLEGÓ EL PACIENTE Conciente <input checked="" type="radio"/> Inconsciente <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/>
Nombre del Médico:		Diligenciado por: Ximena T
ACOMPAÑANTE: Nombre y relación de parentesco o amistad		

C- EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN O VIOLENCIAS

FECHA DE OCURRENCIA	SITIO DE OCURRENCIA					
Día Mes Año Hora						
CAUSA BÁSICA QUE ORIGINA LA ATENCIÓN	Notificación a la policía <input type="radio"/>	Notificación a Familiares <input type="radio"/>	Notificación a Servicio de Salud <input type="radio"/>			
HORA INICIO ATENCIÓN	Día Mes Año Hora	Día Mes Año Hora	Día Mes Año Hora			

D - ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y EVOLUTIVO

MOTIVO DE LA CONSULTA " tengo abierta la herida "
ENFERMEDAD ACTUAL Paciente con cuadro clínico de 10 días posterior a cirugía de osteosintesis de humero izquierdo, practicando abstención de bebida alcohólica, con herida abierta desde hace el día de inicio hospitalario, con evolución satisfactoria, no dolor, no secreción purulenta, no síntomas de infección.



Clínica **UROS** S.A.
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-AC-FO-002

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 2 de 2

ANTECEDENTES

FAMILIARES	PERSONALES	PEDIÁTRICOS	GINECOOBSTÉTRICOS
A. Diabetes <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	E. Diabetes <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	J. Parto Normal <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Menarquia <input type="checkbox"/> Ciclos <input type="checkbox"/>
B. HTA <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	F. HTA <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	K. CPN <input type="radio"/> <input type="radio"/>	G. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/> C. <input type="checkbox"/> A. <input type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/>
C. Cáncer <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	G. Quirúrgicos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	L. Vacunación <input type="radio"/> <input type="radio"/>	FUM <input type="checkbox"/>
D. Otros <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	H. Toxicológicos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	M. Otros <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

PLANIFICACIÓN
Ex. Humero Hg + ortopedicos.

EXAMEN FÍSICO TA 130/80 FC: 75 FR: 26 T: 36.5 PESO: 75

Especifique los datos positivos

	N	AN	
Cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	muñosa oral humada, cuello móvil sinet
Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trico, corneas nítidas pulmones sin
ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	agregados, glóbulos blancos depositos no
Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hay masas, no hay megalias.
CP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presenta en un/ herida quirúrgica bien
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pa, Abierta, Delirancia de sutura con
Extremidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	exposición natural de ortopedias y
Neurológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trujido celular superficial. herida exp-
G.U.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	muñosa. no signos de infección.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	TRIAGE
1. Delirancia de herida COD CIE - 10 _____	<input type="radio"/>
2. Quirúrgica. COD CIE - 10 _____	<input type="radio"/>
3. Por ortopedias. COD CIE - 10 _____	<input type="radio"/>

CONDUCTA
1) Valoración por Ortopedia.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

E. SALIDA DEL PACIENTE (Resumen)

FECHA				MUERTO <input type="radio"/>	DESTINO	HOSPITALIZACIÓN <input type="radio"/>	SERVICIO _____
Día	Mes	Año	Hora	VIVO <input type="radio"/>	DOMICILIO <input type="radio"/>	REMITIDO A OTRA	NOMBRE _____
					CONSULTA EXTERNA <input type="radio"/>	INSTITUCIÓN <input type="radio"/>	CIUDAD _____
					OTRO <input type="radio"/>	CUAL _____	



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 819.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PH-HP-FO-008

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN HC _____

Carra

Juan Carlos

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

EDAD

SEXO

F

M

No. CAMA

SERVICIO

SEGURIDAD SOCIAL

ORDENAMIENTO

Toda nota debe contener la fecha, hora, firma y código del profesional

FECHA

HORA

EVOLUCIÓN

ÓRDENES

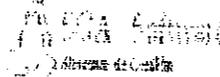
*8-09-09
11:00*

Otorrinolaringología
Observamos 88 años
con reducción de
aparato dentario en
ambos maxilares
de 10 años
de edad
con
dentado completo
en ambos maxilares
normalmente dentado
con secreción
serosanguinolenta amarilla
por parte
del
aparato

Carlos Miguel Gómez Peña
Otorrinolaringólogo
R.M. 3542
C.C. 8637824



EPS-S COMFAMILIAR HUILA



Opciones: Inicio EPS-s Red Afiliados Iaps Res4505
Salir

OPCIONES DE BUSQUEDA,

1.- Digite directamente el tipo y numero de identificación del **AFILIADO** a consultar. Ej.: **CC-19000111**,

2.- De un clic en el icono , digite el primer apellido y el primer nombre. Luego seleccione de la lista el afiliado a consultar

EPS-S COMFAMILIAR HUILA

Identificación
* del Afiliado CC-19000111 
Tipo-Numero
03000000

DATOS AFILIADO

Municipio de Residencia (41001) NEIVA-HUILA
Identificación CC- 7702144
Apellidos GUZMAN GUARNIZO
Nombres JUAN CARLOS
Sisban Nivel 1
Pertinencia Etnica 6 - No aplica
Estado de la Afiliación **Afiliado ACTIVO**
Fecha de Consulta 2014-09-08 09:57:54
Regimen **SUBSIDIADO**

Servicios médicos

Nº	Servicio	Proveedor
1	Medicamentos baja ambulatorios (C)	COMFAMILIAR HUILA FARMACIA NEIVA
2	Promoción y prevención (C)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
3	Rayos X (C)	RAYOS X DEL HUILA S.A.S.
4	IPS baja complejidad (C)	COMFAMILIAR HUILA IPS-NEIVA (QUIRINAL-SAN JORGE)
5	IPS mediana complejidad (EVENTO)	CLINICA UROS S.A.
6	Optometria + lentes y monturas (C)	OPTILA ALEX y/o MARISOL LELIS GUTIERREZ
7	Atención Patología Cáncer (PP)	UNIDAD ONCOLOGICA SURCOI OMBIANA S.A.S
8	Atención Patología CardioVascular (PP)	CLINICA MEDILASER S.A.
9	Urgencia y hosp baja complejidad (EVENTO)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
10	Atención del Parto (Evento)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
11	Oxígeno domiciliario (C)	GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES DEL PACIFICO S.A.S

[Inicio](#) | [Acerca del FOSYGA](#) | [Trámites](#) | [Servicios en Línea](#) | [Consultas](#) | [Estadísticas](#)

Lunes, 08 de septiembre de 2014

Mapa del Sitio

Afiliados BDUA

[Expandir Todo](#) | [Ocultar Todo](#) | [Actual](#)

**Estamos en proceso de actualización.
Agradecemos nos disculpe los inconvenientes
que esto pueda generar.**

- Inicio
- # [Acerca del FOSYGA](#)
- # [Trámites](#)
- # [Servicios en Línea](#)
- # [Consultas](#)
 - # [BDUA - Base de Datos Unica de Afiliados](#)
 - [Afiliados BDUA](#)
 - # [Reportes BDUA](#)
 - # [ECAT](#)
 - # [Afiliados Compensados](#)
 - [Cuentas De Recauda Contribuciones Del Régimen Contrib](#)
 - # [Régimen Subsidiado Contratación](#)
 - [Información de Sitos](#)
 - [Cajas de Compensación](#)
 - [Ejecución Presupuestal](#)
 - # [Estados Financieros](#)
 - [Mallas Validaciones](#)
- # [Estadísticas](#)



Clinica
UROS S.A.
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

CÓDIGO: PH-HP-FO-008

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 1 de 2

IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN HC 7702144

Guzman

Juan Carlos

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

EDAD

SEXO

38

F

M

No. CAMA

SERVICIO

Conv familiar

SEGURIDAD SOCIAL

ORDENAMIENTO

Toda nota debe contener la fecha, hora, firma y código del profesional

FECHA

HORA

EVOLUCIÓN

ÓRDENES

22/10

14

Ortopedia

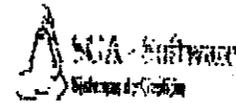
POP osteosíntesis de húmero izquierdo (28/08/14)
 posterior a ISQ de húmero en manero con Anticoagulante
 proe rx () de húmero izquierdo de hace 10 días que evidencia fractura diafisaria de húmero alineado con material de OS en adecuada posición
 Df: Previato edema y deformidad en brazo izquierdo, fistula en herida gx7 con escasa secreción serosa.

phm. Aislar por urgencias para turno de Rx de húmero, por el firmamiento de material de osteosíntesis

Dr. Jefferson Perdomo C.
 Ortopedia y Traumatología
 R.M. 1321 171725.941
 FUSH



EPS-S COMFAMILIAR HUILA



Opciones: Inicio EPS-s Red Afiliados Rips Res4505
Salir

OPCIONES DE BUSQUEDA,

1.- Digite directamente el tipo y numero de identificación del **AFILIADO** a consultar. Ej.: CC-19000111,

2.- De un clic en el icono , digite el primer apellido y el primer nombre. Luego seleccione de la lista el afiliado a consultar

EPS-S COMFAMILIAR HUILA

Identificación
 * del Afiliado 19000111
 Tipo-Numero

DATOS AFILIADO

Municipio de Residencia	(41001)NEIVA-HUILA
Identificación	CC- 7702144
Apellidos	GUZMAN GUARNIZO
Nombres	JUAN CARLOS
Sisben	Nivel I
Pertinencia Etnica	6 - No aplica
Estado de la Afiliación	Afiliado ACTIVO
Fecha de Consulta	2014-08-29 18:10:24
Regimen	SUBSIDIADO

Servicios médicos

N°	Servicio	Prostador
1	Medicamentos baja ambulatorios (capitado)	COMPFAMILIAR HUILA FARMACIA - NEIVA
2	Promoción y prevención (capitado)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
3	Rayos X (C)	RAYOS X DEL HUILA S.A.S.
4	IPS baja complejidad (capitado)	COMPFAMILIAR HUILA IPS - NEIVA (QUIRINAL-SAN JORGE)
5	IPS mediana complejidad (evento)	CLINICA UROS S.A.
6	Optometria + lentes y monturas (C)	OPTICA ALEX y/o MARISOL CELIS GUTIERREZ
7	Atencion Patologia Cancer (PP)	UNIDAD ONCOLOGICA SURCOLOMBIANA S.A.S.
8	Atencion Patologia CardioVascular (PP)	CLINICA MEDILASER S.A.
9	Urgencia y hosp baja complejidad (evento)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
10	Atencion del Parto (Evento)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
11	Oxigeno domiciliario (C)	GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES DEL PACIFICO S.A.S

Versión 6.0

- Copyright © SGA-Software Sistemas de Gestión Ltda. Todos los Derechos Reservados.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos única de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 8/29/2014 6:10:36 PM

Estación de origen: 181.48.171.9

Información Básica del Afiliado

Tipo de Identificación **CC**
 Numero de indentificación **7702144**
 Nombres **JUAN CARLOS**
 Apellidos **GUZMAN GUARNIZO**
 Fecha de Nacimiento ****/**/****
 Departamento **HUILA**
 Municipio **NEIVA**

Datos de afiliación

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA AFILIACION ENTIDAD	TIPO AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	SUBSIDIADO	13/05/2008	CABEZA DE FAMILIA

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 1344 de 2012. La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, es del afiliado de información, en este caso, de las EPS. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1268 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las EPS o al municipio y no al Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta información no debe utilizarse por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y rama como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012.

Para los casos en los cuales los datos publicados en la consulta del FOSYGA sobre tipo y/o número de identificación no correspondan con los datos reales de nombres y/o apellidos, el usuario deberá presentar a la EPS certificación expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil. (No se aceptan certificados de supervivencia). Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012, o solicitar al Ministerio la corrección de información.



clínica
UNICA
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT. 813.011.577 - 4

REGISTROS MEDICOS

EPICRISIS

29	08	14
D	M	A
FECHA		

GUZMAN			GUARNIZO			JUAN CARLOS		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE		
38 AÑOS		206-3	1108651	27/08/2014	COMFAMILIAR	7702144		
EDAD		CAMA	ADMISION	INGRESO	ENTIDAD	HISTORIA CLINICA		
27	08	14	URGENCIAS			29	08	14
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL			D	M	A
INICIO DE LA ATENCIÓN					FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN			

A. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y RELACIONADOS	CÓDIGO CIE 10
1. POP DIA 1 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA + OSTEOTOMIA DE HUMERO.	
2. FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO.	

B. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 9 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA CONTUNDENTE A NIVEL DE BRAZO IZQUIERDO, CON POSTERIOR DOLOR, DEFORMIDAD Y LIMITACION PARA MOVIMIENTOS DE DICHA EXTREMIDAD; CONSULTO PREVIAMENTE SIENDO VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN CONSIDERO FRACTURA DE HUMERO POR LO QUE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO Y DA EGRESO PARA PROGRAMAR CIRUGIA AMBULATORIA. INGRESA HOY PROGRAMADO PARA CIRUGIA.

2. EVOLUCIÓN

28-08-14: PACIENTE ESTABLE, ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN REDUCCION ABIERTA FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA CON PLACA DCP + OSTEOTOMIA DE HUMERO, ENCONTRANDO FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO CON CALLO OSEO BLANDO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES; SE TRASLADA A PISO A CONTINUAR MANEJO POSOPERATORIO.

29-08-14: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA EVOLUCION DEL POSTOPERATORIO, RX CONTROL MUESTRA ADECUADA POSICION DE PLACA Y FRACTURA, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON DOLOR CONTROLADO, POR LO QUE SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS ALARMA, FORMULA MEDICA Y CONTROL.

3. COMPLICACIONES

NINGUNA

4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA.
CON SIGNOS VITALES TA: 110/70 MMHG FC: 74 LPM, FR 18 RPM.
C/C: LESION COSTROSA NECTROTIZADA DEPRIMIDA A NIVEL DE LA FONTANELA ANTERIOR HASTA REGION FRONTAL
C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: PULSOS POSITIVOS, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO POR CABESTRILLO, HERIDA SANA CUBIERTA POR VENDAJE DE GASA.
NEUROLOGICO: ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

5. ORDENES MEDICAS

- RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA.
- DICLOFENAC 50MG VO CADA 12 HORAS.
- CEFALEXINA 500MG VO CADA 6 HORAS.
- CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN 10 DIAS.
- CURACIONES DIARIAS 2 VECES AL DIA.
- USAR CABESTRILLO INMOVILIZADOR.
- TERAPIAS FISICAS DE MOVILIZACION MANO IZQUIERDA EN CASA.

6. PARACLINICOS

VER HISTORIA CLINICA.

[Handwritten signature and stamp]
 Registro de Historia Clínica
 No. 2014-08-29-001
 Fecha: 29/08/2014
 Hora: 14:00
 Lugar: Sala de Cirugía
 Médico: [Signature]

5429

110865-1

 <p>Clínica UDO PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES NIT: 813.011.577-4</p>	MANUAL DE REGISTROS		CÓDIGO: PS-AC-FO-002	
	HISTORIA CLÍNICA		FECHA: 20-02-09	
				VERSIÓN: 00
				PÁGINAS: 1 de 2

A- IDENTIFICACIÓN

No. 69067

1er. APELLIDO GUZMAN		2do. APELLIDO (o de casada) GUERRA		NOMBRE JUAN CARLOS		No. HISTORIA CLÍNICA	
EDAD 38	SEXO <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	DOCUMENTACIÓN <input checked="" type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> RC. <input type="radio"/>		No. 7702144			
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) C/28 sur 9-6				TELÉFONO 3123287777			
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Nombre, Relación de Parentesco o Amistad)							
ENTIDAD CA		CONDICIÓN DEL USUARIO Vinculado <input type="radio"/> Subsidado <input checked="" type="radio"/> Contributivo <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			CÓDIGO AUTORIZACIÓN 294144		

B - LLEGADA DEL PACIENTE

FECHA 22-8-16	EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO CUÁL Carro	EN QUÉ ESTADO LLEGÓ EL PACIENTE Conciente <input checked="" type="radio"/> Inconsciente <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/>
Día Mes Año Hora	Nombre del Médico:	Diligenciado por:
ACOMPAÑANTE: Nombre y relación de parentesco o amistad		

C- EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN O VIOLENCIAS

FECHA DE OCURRENCIA	SITIO DE OCURRENCIA		
Día Mes Año Hora			
CAUSA BÁSICA QUE ORIGINA LA ATENCIÓN	Notificación a la policía <input type="radio"/>	Notificación a Familiares <input type="radio"/>	Notificación a Servicio de Salud <input type="radio"/>
HORA INICIO ATENCIÓN 7+20 am.	Día Mes Año Hora	Día Mes Año Hora	Día Mes Año Hora

D - ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y EVOLUTIVO

MOTIVO DE LA CONSULTA
Problemas con ex

ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente quien presenta cuadro clínico de 9 días de evolución consistente en caído de su propia altura con posterior Trauma contundente en Brazo izquierdo posterior dolor, deformidad imposibilidad para movimientos de dicha extremidad. Actualmente Extremidad inmovilizada con cabestrillo. Dolor intensificado e/s/o

Ant. Patológicos ⊖
Alergicos ⊖
Qx ⊖
Traumáticos por enf. Actual, hospitalarios ⊕ Olavo duodenal
Familiares: Madre HTA



Clínica **UROS**
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-AC-FO-012

HISTORIA CLÍNICA

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 2 de 2

ANTECEDENTES

FAMILIARES	PERSONALES	PEDIÁTRICOS	GINECOOBSTÉTRICOS												
A. Diabetes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B. HTA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C. Cáncer <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D. Otros <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	E. Diabetes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> F. HTA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> G. Quirúrgicos <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> H. Toxicológicos <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> I. Otros <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	J. Parto Normal <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> K. CPN <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> L. Vacunación <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> M. Otros <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Menarquia <input checked="" type="checkbox"/> Ciclos <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> G _ P <input checked="" type="checkbox"/> C _ A _ V _ FUM <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												

PLANIFICACIÓN: *...*

EXAMEN FÍSICO	TA 120/80 FC: 70/lpm FR: 18/lpm T: 36.4 PESO: 74
Especifique los datos positivos	
Aceptable estado general, hidratado.	
Cabeza	<input checked="" type="checkbox"/> Normocefalo
Ojos	<input checked="" type="checkbox"/> Escleras anictericas conjuntivas normocromicas
ORL	<input checked="" type="checkbox"/> mucosa oral hmeda
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/> movil no se palpan mamas
CP	<input checked="" type="checkbox"/> Sin Adrescales
Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/> Blando depresible no doloroso no irritacion peritoneal
Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/> Edema equimosis en Bazo 12 cm de con
Neurológicos	<input checked="" type="checkbox"/> sin alteracion y limitacion de movimientos
G.U.	<input checked="" type="checkbox"/> sin cambios
N: Normal AN: Anormal	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	TRIAGE
1. Fractura humero humero <input checked="" type="checkbox"/>	COD CIE - 10 <u>5429</u>
2. <input type="checkbox"/>	COD CIE - 10 <u> </u>
3. <input type="checkbox"/>	COD CIE - 10 <u> </u>

CONDUCTA

- CANALIZAR:
- SSN 0.9% pain a 80cc/h.
- Diprovera Teramo IV cada 6 horas lento y diluido
- Valoracion por ortopedia

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO *[Firma]*

E. SALIDA DEL PACIENTE (Resumen)				
FECHA				
Día	Mes	Año	Hora	
MUERTO <input type="checkbox"/>		DESTINO	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	SERVICIO <u> </u>
VIVO <input checked="" type="checkbox"/>		DOMICILIO <input type="checkbox"/>	REMITIDO A OTRA <input type="checkbox"/>	NOMBRE <u> </u>
		CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/>	INSTITUCIÓN <input type="checkbox"/>	CIUDAD <u> </u>
		OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL <u> </u>	



MANUAL DE REGISTROS

CODIGO: PQ-CH-FO-007002

HOJA QUIRURGICA

FECHA: PQ-CH-FO-007002

Documento: CC 7702144 Paciente: JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO

Entidad: COMFAMILIAR Edad: Años 38 Meses 2 Días 19

Fecha: 28/08/2014 Hora Entrada: 11:30 Hora Salida: 13:00 Duracion: 01:30:00

Cirujano: JEFFERSON PERDOMO CORDOBA Especialidad: ORTOPEDISTA

Clase Cirugia: Limpia: Contaminada: Sucia: Anestesia: General: Regional: Local:

Anestesiologo: CARLOS A RIVERA Ayudante: HANSEL STEVEN LIS BOLAÑOS

Instrumentador: FREDDY STIVENSON ROJAS SANTOS Circulante: JENNY MARITZA CUELLAR RAMIREZ

CODIGO	PROCEDIMIENTO	VIA
793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS]	MISMA
772200	OSTEOTOMIA DE HUMERO SOD	MISMA

Hallazgos:

FRACTURA DIAFISARIA DE HUMERO DERECHO CON CALLO OSEO BLANDO

Descripción:

PACIENTE EN DECUBITO PRONO, ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA Y ANTIASEPSIA, ABORDAJE POSTERIOR DE BRAZO DERECHO, DISECCION POR PLANOS, DISECCION INTERVALO TRICEPS, IDENTIFICACION Y PROTECCION DEL NERVIJO RADIAL CRUZANDO EL FOCO DE FRACTURA CON CALLO OSEO BLANDO, SE REALIZA OSTEOLASTIA, SE CURETEA FOCO DE FRACTURA, SE REDUCE FRACTURA, SE FIJA CON PLACA DCP DE 7 ORIFICIOS Y 6 TORNILLOS DE CORTICAL, SE LAVA CON SSN Y SE CIERRA POR PLANOS

Complicaciones:

NINGUNA

Estudio Patológico: SI NO Cantidad: 0 Microbiología: SI NO

Jefferson Perdomo Cordoba
 Ortopedia y Traumatología
 C.C. 7725941
 U.S.M.
 Firma

28/08/14

DIAG. PREOPERATORIO: Ex Humeros Izq

DIAG. POST OPERACIÓN: Izq

OPERACIÓN: Reducción abierta Ex Humeros Izq

ANESTESIÓLOGOS: A. Ponce CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO LÍQUIDOS: 8h SÓLIDOS: 8h LOCAL: BLOQUEO: GENERAL: CAUDAL: OTRA:

DISOCIATIVA: EPIDURAL: ESPINAL: ESPACIO: NIVEL: AGUA:

POSICIÓN: OT No. NT No.

RESPIRACIÓN: E C C C C E E OT No. NT No.

SPO2: 99 99 94 PULSO:

Et6: 25 25 25 RESPIRACIÓN:

ETCO2: 30 30 30 T.A.

42 22 210 INDUCCIÓN:

40 20 190 INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN:

38 18 180 MASC.:

36 16 170 NEONATO FEM.:

34 14 150 P.V.C.: XXX

32 12 140 T°: _____

30 10 130 TORNQUETE:

28 90 120 E.C.G.

26 70 110 1 AL 5 LÍQUIDOS

24 6 100 6 AL 16 DROGAS

22 4 90 6 Ricorun

20 2 80 7 Fentanyl

18 10 70 8 Propofol

16 8 60 9 Quelicin

14 6 50 10 Dexam

12 4 40 11 Dexam

10 2 30 12 Morphine

8 10 20 13

6 8 10 14

4 6 10 15

2 4 10 16

HEMORRAGIAS TO C.C.

DIURESIS TAL C.C.

TOTALS	1	2	3	4
	5	6 100, 2V	7 150, 2V	8 140 2V
	9 100, 2V	10 30 2V	11 75, 2V	12 50 2V
	13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO: Consciente ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO: Consciente.

OBSERVACIONES: 1) Consciente antes de entrar a quirófano. 2) Iniciar Bisturri no venoso. 3) No seguir con Succión en cuello con Curran. 4) Quirófano con Curran 2 tubo OEP. 5) no aplicar. 6) Curran en tórax hasta dar punto a UCAs en tórax.

FIRMA Y CÓDIGO



MANUAL DE REGISTROS

FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRURGICA

CODIGO: PQ -CI -FO - 023
 FECHA: 01 - 06 - 2013
 VERSIÓN: 00
 PAGINA: 1 de 1

ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)

El paciente ha confirmado:

- Su identidad
- El sitio quirúrgico
- El procedimiento.
- Consentimiento informado

Demarcación del sitio quirúrgico

No procede

Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia

Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento

Verificado instrumental / equipo quirúrgico / prótesis.

¿Tiene el paciente?

¿Alergias conocidas?
 No Si,

¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
 No Si, y hay instrumental y equipo/ ayuda disponible

Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)
 No Si, y ha previsto la disponibilidad de acceso IV y líquidos adecuados

PAUSA QUIRURGIA (antes de la incisión cutánea)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente:

- paciente
- sitio quirúrgico
- procedimiento
- posición
- sondaje

Previsión de eventos críticos

El Cirujano revisa: ¿cuáles son los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista?

El Anestesiólogo revisa: si el paciente presenta algún problema específico

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
 Si No procede

Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
 Si No procede

SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)

La enfermera confirma verbalmente con el equipo:

El nombre del procedimiento realizado

Los recuentos de compresas, agujas e instrumental son correctos

No proceden

El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente, Numero de HC, fecha)

No procede

Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos? Si No

El cirujano, anestesiólogo y enfermero revisan los principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente

¿Necesita profilaxis tromboembólica?
 SI No

Cirujano

Anestesiólogo

Enfermera

Intensivador

Nombre Paciente: **Juan Carlos Cezarman**

Procedimiento:

Historia Clínica: **7 de 2014**

Fecha: **28 de 2014**



Clínica UROS S.A.
 PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
 NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

HOJA DE GASTOS
No. 231509

CÓDIGO: GR-AS-FO-002

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PÁGINA: 1 de 1

FECHA: 28-8-2014 ENTIDAD: Com Familiar No. ADMISIÓN: 1108651

NOMBRE: Juan Carlos Guzman 7702144 HABITACIÓN No. STEIN

CANTIDAD SOLICITADA	DETALLE	PRESENT.	ENTREGADO	PENDIENTE
1	Placa x 7 orificios Angost + 4		W.L.	
1	Tornillo 4.5mm x 20 Long			
3	Tornillos 4.5mm x 22 Long			
3	Tornillos 4.5mm x 24 Long			

NOMBRE QUIEN RECIBE: _____

FECHA ENTREGADA: _____

Jenerson Perdomo C.
 Jefe de Clínica
 Ortopedia y Traumatología
 C.C. 7725941
 F.U.S.M.

Fredy S. Santos
 INSTRUMENTAL QUIRURGICO
 1605 897 388
 0-0741-11

MÉDICO

Carrera 6 No. 16-35 Neiva - Huila
 Teléfono: 8756190 - 8753619 Telefax: 8755864

PACIENTE

IMPREDECOL LTDA. - NIT: 813.011.747-7 - TEL: 8757204-NEIVA



clínica
UROSAL
Para ti sólo tenemos soluciones
RIT. 013.011.577 - 1

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PH-HP-FO-008

EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN HC

Juan Carlos Guzman

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

EDAD

SEXO

F

M

No. CAMA

SERVICIO

SEGURIDAD SOCIAL

ORDENAMIENTO

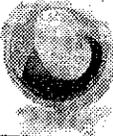
Toda nota debe contener la fecha, hora, firma y código del profesional

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN	ORDENES
28	0814	<p>Nofo Operativo</p> <p>Dx Presx fx diafisaria de humero izquierdo</p> <p>Dx Postfx IDEM</p> <p>procedimiento osteosintesis de humero izquierdo con placa cirujano: Dr Perdomo</p> <p>Sujeto: 500 g</p> <p>Pm - trasladar a piso ✓</p> <p>- H. Ringes a 100cc/h ✓</p> <p>- Dipirimo 2g IV c/6h ✓</p> <p>- Tramadol sumo IV c/8h ✓</p> <p>- Cefalotina 1g IV c/6h ✓</p> <p>- Rx humero izquierdo</p> <p>- Salida mm ✓</p>	

[Handwritten signature]
Enfermera Universidad Mariana

Jefferson Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725941
F.U.S.M.

Margarita Tobias B.
Enfermera U.S.M.
C.C. 7725941
F.U.S.M.



clínica
UFS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PH-HP-FO-008

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

Toda nota debe contener la fecha, hora, firma y código del profesional

ORDENAMIENTO		EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS	
FECHA	HORA	EVOLUCIÓN	ÓRDENES
29-02-09	14	<p>Ordoyechu</p> <p>Placa 38 mm en sujeción by estela St. 15 mm por 10 mm de largo en la estela un par o la expansión completa de la placa y se senta sobre el y se con</p>	<p>1) Solub 2) Arco 3) 2 mm</p>

Carlos Alberto Gómez Rojas
 C.O.P. 1080
 C.C. Bogotá



MA AL DE REGISTROS

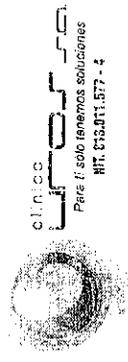
HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIOS

CÓDIGO: PS-EF-FO-004
 FECHA: 20-02-09
 VERSION: 00
 PAGINAS: 2 de 2

REGISTRO DE INFUSIONES E INSUMOS

FECHA	Mezcla	Goteo	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	OBSERVACIONES
23/18/14	SSUX500	80008																
<p>NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE</p> <p>RESOL. 392</p>																		

FECHA	INSUMO	CANTIDAD	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
23/18/14	velce # 18	3		265 Josep
23/18/14	rx tras amoxicilina	3		265 Josep
23/18/14	llega de suer	3		265 Josep
23/18/14	macuoplate	1		265 Josep
23/18/14	jeasxroc	1		265 Josep



MANUAL DE REGISTROS

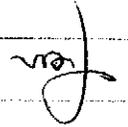
CÓDIGO: PS-EF-FO-004
 FECHA: 20-02-09
 VERSIÓN: 00
 PAGINAS: 1 de 2

HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIOS

IDENTIFICACIÓN

EDAD: 38 SEXO: M
 No. de Admisión: 1108657
 Nombres: Juan Carlos
 Apellido: Cervera
 Servicio: CX
 Seguridad Social: Compañía

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	2008-14	M	T	N	09	T	N	M	R	T	N	M	T	N	M	T	N	OBSERVACIONES
Cefazolin 1g, 11:00																		
Zepo																		
Dipirona 2g, 11:20/14																		
Dexametasona 11:40																		
Diclofenaco 75mg, 11:40																		
Morfina 3mg																		incompleto.
Relben 1u, 11:00																		
Propofol 12cc, 11:00																		
Fentanil 3u, 11:00																		
Muonitun 1u, 11:00																		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE																		
																		

Handwritten initials or mark at the bottom right of the page.



MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-004
 FECHA: 20-02-09
 VERSIÓN: 00
 PÁGINAS: 1 de 2

HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIAS

IDENTIFICACIÓN 7.702.144

Guzman Garnizo Juan Carlos No. de Admisión 1108651

EDAD 38A SEXO M F Servicio Seguridad Social

MEDICAMENTOS	REGISTRO DE MEDICAMENTOS												OBSERVACIONES
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
	27	8	14	28	08	14	29	08	14				
Dipirona 2gr 11 cl 6h.	16			20			20						
Ronitidino 3mg 8 10 cl 6h.	24			24			24						
Tramadol 7. 5mg 7ve/8h	8						24						
Cefalotina 7 gr. DVC/6h	24			10			24						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE													

Aux Enfermería
 Aux Enfermería
 Farmacia

19



clinica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
TEL. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EJ-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 2 de 2

NOTAS DE ENFERMERIA

FECHA	HORA	CONTENIDO	FIRMA DE ENFERMERIA
27-8-14	18+30	usando el cual es cuidadoso la ex y se decide dar pasea en 2º piso. se presencia en compañía conciente, alerta, tranquilo en compañía del ch señalar HCl con consentimiento de + familia + CD del paciente. — Piter	
27-08-14	18+40	Ingresó y quedó usua rio masculino de 38 años de edad con diagnóstico foco unido. Fuente de de Humero izquierdo procedente de sala de U egia a hospitalización siguiente piso fragito alrededor llamado con puñado por su familia pendiente la mañana	Carlos Martínez AUX. DE ENFERMERIA Reg. 1050-18-02-2013
27-8-14	19h	Reubo usua de Sexo Masculino de 38 años de edad en la unidad del 2do cuil Dx: FX de Humero Izquierdo. usua con Ite pasando SSNO9 x 500cc a 50cc/h. con sin paten respirato- rios pl cx manana	
28-8-14	6h	continua usua en la unidad con igual manej. No presenta malesta alguna reubo y fono. fto meduo ordenado. usua con	Carlos Martínez AUX. DE ENFERMERIA Reg. 1050-18-02-2013

IMPRESO POR SAN LITOGRAFIA Y COMERCIALIZADORA. CEL.: 314.330.2912 - TEL.: 81717107

206-3



MANUAL DE REGISTROS
NOTAS DE ENFERMERIA

CÓDIGO: PS-EF-FO-001
FECHA: 20/02/09
VERSIÓN: 00
PAGINAS 1 de 2

No. H.CL.

Nombre y Apellido: Juan Carlos Cruzman Fecha: 27-8-14
Edad: 38 años Sexo: M F Pieza: max Cama: 206-3

FECHA	HORA	NOTAS	FIRMA DE ENFERMERIA
		Leu pasando SSNO.9 x 500 cc a poch. elimi no A' expectoradamente el CX hoy qam.	
29-08-14	07h	Recibo usuario de sexo masculino de 38 años de edad en el servicio de hospitalización con dx: fx homero izquierdo, alerta al llamado,afebnl, consciente, con buen patron respiratorio, con ceo permeables pasando SSNO 097. x 500cc a 80cc/h, con su estables @ p/ osteo sintesis de homero derecho	<i>Maria Rodriguez</i> AUX. ENFERMERIA C.C. 36 066 407
29-08-14	08:35	se sube usuario a solos de a para so respectioo proce- dimiento, alerta al llamado, afebnl, consciente, con buen patron respiratorio, con acee- so venoso permeable, con lizado con yelco # 18, con su estables	<i>Yenny Rivera</i> AUX. Enfermeria C.C. 36 066 407
29-08-14.	10:50	Ingreso paciente masculino de 38 años en el cual a salas de CX # 7 para ex programada reduccion orbitaria en homero derecho, consciente, quejumbroso, poco colaborador, con ceo permeables hoy del 2º piso	<i>Yenny Rivera</i> AUX. Enfermeria C.C. 36 066 407
26-08-14.	11:00	con prelu oxigenacion en O2 del admitu en estudio general	<i>Fuente</i>

IMPRESO POR SAN LITOGRAFIA Y COMERCIALIZADORA CEL.: 314 330 2912 - TEL.: 8717107



clínica
CAUROS
Para ti solo tenemos solución
RIT. 012.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

NOTAS DE ENFERMERIA

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

No. H.CL. 2702144

Nombre y Apellido: JUAN CARLOS GERMAN

Fecha: 28-08-14

Edad: 38A

Sexo:

M

F

Pieza

Cama

FECHA	HORA	FIRMA DE ENFERMERIA
28-08-14		
		Humeros con fijación interna + osteotomía de humeros izquierdo con Sv. TA 110/65 - FC 74x SKW 92% sin complicación alguna.
28-08-14	14:40	
		se trasladado a UCI con el diagnóstico de fractura de codo izquierda lleva injerto de grasa y tendón de coraco braquial. Orden para tomar Rx de control y continuar manejo medico.
28-08-14	14:30	
		ingreso a UCI al servicio de ortopedia con diagnóstico de fractura de humero izquierdo Se observó con apilado al húmero articular en aptables con lesión ligamentosa aperturada y tendón de coraco braquial rotado. (El control de su su)
28-08-14	13	
		control de con su control apilado al húmero articular su control

Dulce Ramirez Ornelas
Auxiliar de Enfermería
C.C. 51729223
Reg. 1715

Carlos Marroquin
Aux. de Enfermería
REG. 0930-16/02/2013

Carlos Marroquin
Aux. de Enfermería
REG. 0930-16/02/2013

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LA IMPRENTA, ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE, ESTADO FISICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRIO, FIEBRE, SUDOR,
PULSO, EVACUACIONES, CONDICIONES DE HERIDA, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MEDICOS, ETC.





REGISTRO ESTRICTO DE SIGNOS VITALES

HOJA No. _____

NOMBRE DEL USUARIO

Juan Carlos

H. CLÍNICA:

760214

CAMA:

065

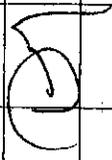
FECHA			Hora	Control Signos Vitales				Saturación	Glicemia	Nombre del Responsable
Día	Mes	Año		T.A.	F.C.	F.R.	T.	SPO2	(mg/dl)	
27	8	14	8:20	120/80	78	20	36.5			MARIA ESCOBAR AUX. ENFERMERIA C.C. 4.001.156.993 Aux. Enfermera 36 066 407
27	8	14	10:13	100/60	70x	20x	36.7			
27	8	14	20h	120/60	83x	20	36.7			
28	8	14	6h	120/80	73x	20x	36.5			
28	8	14	07h	120/80	72	20	36			
28	8	14	10:50	104/60	79			99%		
28	8	14	11:00	121/67	78			99%		
28	8	14	11:10	111/59	79			98%		
28	8	14	11:25	110/66	80			99%		
28	8	14	12:00	123/60	75			99%		
28	8	14	12:30	122/57	75			99%		
29	8	14	20h	130/70	78x	20x	36.5C			
29	8	14	06h	120/80	82x	20x	36.4C			

26

 CLÍNICA UTO PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES	MANEJO DE REGISTROS		Código:	PS-EF-FO-011
	LISTA DE ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA		Fecha:	18-03-2014
			Versión	00
			Página	1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS Juan Carlos Gomez EDAD 38 AÑOS ADMISION 1108651

DOCUMENTO EPS CIF SERVICIO CAMA CAMA 2063

ASPECTOS A EVALUAR	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
IDENTIFICACION (LETRERO)	1											
MANILLA HOSPITALARIA	1											
BARANDAS ARRIBA	1											
SABANAS LIMPIAS	1											
ROTULO DE LIQUIDOS	1											
EQUIPOS ROTULADOS	1											
VENA ROTULADA	1											
REGISTROS COMPLETOS EN HISTORIA CLINICA	1											
FIRMA DEL JEFE												
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO												

CONVENCIONES:

- 0: NO APLICA
- 1: CUMPLE
- 2: NO CUMPLE

27



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE ATENCION DE SERVICIO DE SALUD

Numero de Informe: 20684 Fecha: 14.08.22 Hora: 17:38

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: CLINICA UROS S.A Nit: 813011577 - 4
Codigo Habilitacion: 410010057201 Direccion: CARRERA 6 No. 16-35
Telefono: 8725400 Municipio: NEIVA Departamento: HUILA

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) COMFAMILIAR HUILA ARS SUBSIDIADO Codigo: CCF024

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS Tipo Doc: CC CE BA TL PE EL ...

No. Identificacion: 7702144 Fecha de Nacimiento: 76.06.09
Direccion de Residencia Habitual: CR 28 NO 8SUR-22 Telefono: 8708910
Departamento: HUILA Municipio: NEIVA

Cobertura en Salud: Regimen Contributivo Regimen Subsidiado - Parcial Poblacion Pobre no Asegurada sin Sisben Plan Adicional de Salud
 Regimen Subsidiado - Total Poblacion Pobre no Asegurada con Sisben Desplazado Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen: ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Servicio Solicitado: POSTERIOR A LA ATENCION Prioridad: PRIORITARIA

Ubicacion del Paciente al Momento de la Solicitud

Consulta Externa Hospitalizacion Servicio: OBSERVACION Cama: 3
 Urgencias

Manejo Integral Segun Guia: ORTOPEDIA

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD
793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE H+MERO CON	1 00

Justificacion Clinica

PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN TERCIO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. T.M:100/70 FC:85 FR:18 ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SIN MASAS SIN MEGALIAS.

ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUE TEN DECIDE REALIZAR PROCEDIEMIENTO QUIRURGICO

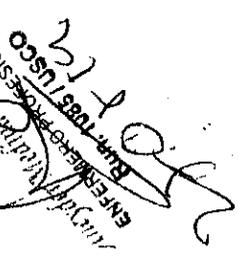
Diagnostico Principal: S429 FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1: S430 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 2:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de Quien Reporta: STEFANIA RAMIREZ Telefono:
Cargo o Actividad: AUXILIARIZACIONES Telefono Celular:

31

Marca	Referencia	Present.	Nombre Producto	Total.Cant.	Vr. unitario	Vr. total
>> ORDEN DE SS: 1 180 1108651						
BIO	DIPIRONA	AMPO	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLAS	1	600	600
LFI	SOLUCIONSA	BOLS	SOLUCION SALINA X 500ML	1	2,900	2,900
MMQ	CATETER 18	11/4	CATETER INTRAVENOSO 18	1	1,950	1,950
MMQ	EXTENSION		EXTENSION PARA ANESTESIA ADULTO	1	7,000	7,000
MMQ	EXTENSION		EXTENSION 1000	1	452	452
MMQ	LLAVE 3VIAS		LLAVE 3 VIAS	1	1,020	1,020
MMQ	MACRO	UNID	EQUIPO MACROGOTEC	1	2,262	2,262
TOTAL DOCUMENTO 1 180 1108651				7	15,984	15,984


 MICHIELI
 ENFERMERO PROFESIONAL
 BUREL 7885 TUSCO

CLINICA UROS

NIT. 813011577-4

LABORATORIO CLINICO

Página N° : 1 De 3

No. de Orden	: 826155	Edad	: 62 Años
Paciente	: ANACONA OME BENJAMIN	Fec. Ingreso	: 26/08/2014 21:21
Identificación	: 12166022	Fec. Impresión	: 27/08/2014 07:19
Convenio	: ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA		
Servicio	: OBSERVACION		

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
--------	-----------	--------	---------------------

Hematología

Hemograma

GLOBULOS BLANCOS.	7.18	10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
NEU#.	4.60	10 ⁹ /L	2.50 - 75.00
LYM#.	2.03	10 ⁹ /L	0.80 - 4.80
MON#.	0.32	10 ⁹ /L	0.12 - 1.80
EOS#.	0.20	10 ⁹ /L	0.02 - 0.80
BAS#.	0.03	10 ⁹ /L	0.00 - 0.10
NEU%.	64.0	%	50.0 - 70.0
LYM%.	28.3	%	20.0 - 40.0
MON%.	4.5	%	3.0 - 12.0
EOS%.	2.8	%	0.5 - 5.0
BAS%.	0.4	%	0.0 - 1.0
GLOBULOS ROJOS.	4.63	10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO.	42.2	%	37.0 - 54.0
MCV.	91.2	fL	80.0 - 100.0
MCH.	32.2	pg	27.0 - 34.0
MCHC.	35.3	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV.	12.2	%	11.0 - 16.0
RDW-SD.	47.3	fL	35.0 - 56.0
PLAQUETAS.	277	10 ⁹ /L	150 - 450
MPV.	8.3	fL	6.5 - 12.0
PDW.	16.0		9.0 - 17.0
PTC.	0.230	%	0.108 - 0.282

Bacteriología (o) :



ELIAS JESUS CUSSA GOENAGA
BATERIOLOGO
F.U.M
REG. 1125

Química

Bun

Nitrógeno uréico	16.0	mg/dL	6.0 - 22.0
Creatinina en suero	1.06	mg/dl	0.70 - 1.30

85

RedPrestadora: Anexo 1 Anexo 2 Anexo 3 Anexo 4 Anexo 9 Anexo 10 Base de Datos

Anexo 4 - Autorizacion de servicios: lista

Opciones: Imprimir Excel

**ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Numero de anexo 4 en EPS-s: **1416820** Fecha y hora: **2014-08-22 20:02:38**
 Estado: ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: **CCF024**

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre Ips: **CLINICA UROS S.A.**
 Codigo IPS: **410010057201** Identificacion Ips: **NI-813011577**
 Direccion Ips: **CRA 6 # 16-35** Telefono Ips: **8-8632000**
 Departamento: **HUILA |41** Municipio: **NEIVA |001**

DATOS DEL PACIENTE

Nombres Usuario: **GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS** Identificacion: **CC - 7702144**
 Fecha de Nacimiento: **1976-06-09**
 Direccion: **CL 25 SUR 34 A 45** Telefono: **8678810**
 Departamento: **HUILA |41** Municipio: **NEIVA |001**
 Cobertura en Salud: **Regimen subsidiado - Parcial**

INFORMACION DE LA ATENCION

Prioritario Servicio: **SI** Ubicacion Cama: **Hospitalizacion**
HOSPITALIZACION 3

SERVICIOS SOLICITADOS

Nº	nAut	codigo	Descripcion	Cantidad Solicitada	Prestador Autorizado	Cantidad Autorizada	Autorizo	observaciones	Fecha Autorizacion	Valida hasta:
1	2371779	793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS]	1	CLINICA UROS S.A.	NEGADO	ALECSANDRO CHICA ZEA	** La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada ** SEGUN FAMILIAR EL PACIENTE VENIA EN MOTO DE UN PASEO Y SE ESTRELLÓ	2014-08-22 20:02:38	0000-00-00

JUSTIFICACION CLINICA

Justificacion clinica: **PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN TERCIO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. TA:100/70 FC:85 FR:18 ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SIN MASAS SIN MEGALIAS. ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DECIDE REALIZAR PROCEDIEMIENTO QUIRURGICO.**

IMPRESION DIAGNOSTICA

Cod diagnostico principal: **S429** Diagnostico principal: **FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO PARTE NO ESPECIFICADA**
 Cod diagnostico relacionado 1: **S430** Diagnostico relacionado 1: **LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO**
 Cod diagnostico relacionado 2: Diagnostico relacionado 2:

NUMERO SOLICITUD DE ORIGEN

Numero solicitud de origen: **20684** Fecha: **2014-08-22** Hora: **17:39:09**

DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: **ALECSANDRO CHICA ZEA** Telefono:
 Cargo o actividad: **AUX. ADITIVO ATENCION AL USUARIO** Telefono celular:



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 013.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS**

CÓDIGO:	PQ-CI-FO-029
FECHA:	11-02-2013
VERSIÓN:	00
PAGINAS	1 de 1

Fecha: 20-8-14

1.- Yo Juan Carlos Galar C.C. No. _____ de _____ por la presente autorizo al Dr. (a) _____ o anestesiólogo de turno y los asistentes de su elección.

En la Clínica Uros S.A. para realizar en mi o el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para llevar a cabo la siguiente CIRUGÍA _____.

2.- Hago constar que se me ha explicado la naturaleza y proposito del acto anestésico. También se me ha informado las ventajas y desventajas, molestias, complicaciones y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Además se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entiendo que durante el curso de los procedimientos se puedan presentar situaciones críticas que puedan requerir procedimientos adicionales, si el medico anestesiólogos o asistentes lo consideren necesario. Se me ha informado que estas situaciones críticas y procedimientos de reanimación pueden llevar a delicados estados de salud que puede dejar lesiones temporales o permanentes de el grado leve incluyendo la muerte, y que la muerte natural también puede ocurrir antes, después o durante la anestesia.

4.- SI NO AUTORIZO LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, SI ES NECESARIO.

5.- Se me ha presentado una lista de complicaciones y dificultades que se presentan con frecuencia durante los procedimientos anestésicos. Los actos anestésicos no son de resultados sino de medios (leer lista de complicaciones).

Certifico que he leído y me han explicado lo anterior y que los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar o colocar la huella digital, se me ha explicado que esto es una información previa a la autorización del procedimiento anestésico y no una forma de evadir responsabilidades durante la anestesia y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre consentimiento para llevar a cabo el procedimiento anestésico que requiero para mi intervención quirúrgica o procedimiento.

LISTA DE COMPLICACIONES GENERALES QUE SE PUEDEN PRESENTAR CON ANESTESIA GENERAL Y/O REGIONAL

Nauseas, vomito, trastornos respiratorios que requieren cuidados intensivos o especiales, trastornos del corazón o circulación que requieren cuidados intensivos o especiales para limitar el daño que pueda ocasionar, cambios en la presión arterial (Hipertensión o Hipotensión) que requieren atención especial, aspiración del liquido gastrointestinal a los pulmones, ruptura de los vasos sanguíneos o punción del pulmón durante colocación de catéteres venosos centrales, sangrado importante que requiera transfusión sanguínea, alergias o reacciones de incompatibilidad a transfusiones de componentes sanguíneos o medicamentos, tromboembolia pulmonar o de otros, daños de nervios por posiciones quirúrgicas, necrosis en piel por filtración de medicamentos o líquidos, infarto, muerte.

COMPLICACIONES ANESTESIA REGIONAL

Cefalea post-punción raquídea y peridural, daño de nervios por punción anestésica, anestesia regional fallida, daño medular, dolor de espalda.

COMPLICACIÓN ANESTESIA GENERAL

Lesiones de dientes, laringe, traquea, esófago y tejidos adyacentes durante la entubación traqueal, lesiones de cornea, laringoespasma, broncoespasmos, edema pulmonar de presión negativa, intubación difícil, realización de traqueostomía y cricotiroideotomía de urgencia, muerte cerebral, soporte ventilatorio post-anestesia, instalación de demencia senil o trastornos de la conciencia temporal o permanente, convulsiones, dolor de garganta, otras. _____

[Firma]
Firma del Paciente
C.C. 2702141

[Firma]
Firma Anestesiólogo de Consulta

8.00 Am

PARATI SOLO FLEBITIS - SOLUCIONES	MANUAL DE REGISTROS	CODIGO	PS-EF-FO-014
	SEGUIMIENTO A VENOPUNCION	FECHA	21/07/2014
		VERSION	.00
Pagina 1 de 1			

NOMBRE Juan Carlos Gomez N° HISTORIA 7702144
 SERVICIO Urgencias EPS CIF CAMA _____

DIAGNOSTICO			FECHA DE INGRESO
FECHA	CATETER	NUMERO	
<u>27/8/14</u>	<u>yelo</u>	<u>18</u>	
No VENOPUNCIONES	INFUSION CONTINUA	CATETER HEPARINIZADO	
<u>1</u>			
ANTIBIOTICOS			
OTROS MEDICAMENTOS (POR DICHA VENA)			
RESPONSABLE <u>pacx SSN X 500</u>			
<u>Enghon</u>			
VISTA ANTERIOR - POSTERIOR			EXTREMIDAD
1. V. CEFALICA SUPERIOR	5. V. BASILICA SUPERIOR	9. V. CEFALICA ACCESORIA	SUPERIOR DERECHA
2. V. CEFALICA ACCESORIA	6. V. MEDIANA BASILICA	10. V. CEFALICA INFERIOR	SUPERIOR IZQUIERDA
3. V. CEFALICA INFERIOR	7. V. MEDIANA DEL ANTEBRAZO	11. V. BASILICA INFERIOR	INFERIOR DERECHA
4. V. MEDIANA CEFALICA	8. V. BASILICA INFERIOR	12. V. METACARPANAS	INFERIOR IZQUIERDA
A. V. SAFENA INTERNA	B. V. SAFENA EXTERNA	13. ARCO VENOSO DORSAL	

FECHA	MAÑANA			TARDE			NOCHE		
	CRITERIO	HORA	FIRMA	CRITERIO	HORA	FIRMA	CRITERIO	HORA	FIRMA
<u>28-18/14</u>									

DESCONTINUAR	FLEBITIS	Criterio	DISFUCION MECANICA	HEMATOMA	HEMATOMA
Fecha:	INFILTRACION		CAMBIO A CATETER CENTRAL	FIN DE LA INDICACION	OTROS

CRITERIOS PARA EVALUAR Y DEFINIR FLEBITIS

- 0. Sin signos ni sintomas locales de flebitis.
- 1. Dolor en el sitio de venopuncion.
- 2. Dolor en el sitio de venopuncion y eritema ligero.
- 3. Dolor en el sitio de venopuncion, eritema y edema ligero.
- 4. Dolor, eritema, edema con induracion mayor de 3 centimetros.
- 5. Criterios de 4 mas cordon venosos palpable mayor de 3 centimetros.
- 6. Salida de material purulento por el sitio de insercion del cateter.

38



clínica
UROSAL
Para ti solo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTRO

REQUERIMIENTO DE FARMACIA 95796

CÓDIGO: DT-SF-FO-002

FECHA: 11/07/11

VERSIÓN: 01

PAGINA: 1 DE 1

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Carlos Guzmán **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** **ADMISIÓN:** **FECHA:** 22 08 14

ENTIDAD (EPS)	SERVICIO	PISO / CAMA	No. HISTORIA CLÍNICA	CODIGO CIE-10	TIPO DE USUARIO (X)	CONT	SUBS	PART	PREP	OTRO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL/NOMBRE GENÉRICO)	CONCENTRACIÓN	PRESENTACIÓN / FORMA FARMACÉUTICA	VIA DE ADMON	CANTIDAD FORMULADA		DURACIÓN TTO (DÍAS)	DOSIS / FRECUENCIA
				NÚMEROS	LETRAS		
Asistir por urgencias el día							
27 Agosto a las 7 am							

SERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

FIRMA Y SELLO DE QUIEN DISPENSA: Jerson Bardo G Ortopedia y Traumatología C.C. 725.941 F.U.S.M.	FIRMA Y SELLO DE QUIEN DISPENSA:	FIRMA Y CEDULA DE QUIEN RECIBE:
--	---	--

ESTA ORDEN MEDICA ES VALIDA POR 72 HORAS A PARTIR DE SU DILIGENCIAMIENTO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD
Carrera 6 N° 16 - 35 PBX 863 20 00 Nelva - Huila * Consulta especializada Calle 16 - No. 6 - 40
E-mail: servicioscliente@clinicauros.com

IMPRESO POR SAN LITOGRAFIA Y COMERCIALIZADORA DEL: 314 339 3812 - TEL: 8171707



Clinica **UROSA**
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PH-HP-FO-009

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 1 de 2

EPICRISIS

No. H.C.L. 22 07144

Nombres y Apellidos: Juan Carlos Guzman Fecha: 22 08 09

Unidad Funcional: Uro Asegurador: Colombia Cama: _____

A. IDENTIFICACIÓN

EDAD			SEXO	INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN			FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Día	Mes	Año	F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	FECHA			FECHA			
		30		21	08	09	Uro	22	08	09
				Unidad Funcional			Unidad Funcional			

B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Fractura de Húmero

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO

TRATAMIENTOS LCU Primeros Auxilios Analgesia

C. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXÁMEN FÍSICO

Paciente con fractura de húmero de la extremidad superior derecha, trauma cerrado, dolor y limitación de movimiento. Se realizó radiografía que evidenció fractura de húmero en su polo proximal. Se admitió en sala de emergencias y se trasladó al hospital de la institución. Se realizó diagnóstico de fractura de húmero y se inició tratamiento con analgesia y se le indicó reposo de la extremidad afectada. Se le indicó reposo de la extremidad afectada y se le indicó el 22 de agosto de 2009.

2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN

Se le indicó reposo de la extremidad afectada y se le indicó el 22 de agosto de 2009.

39



Clinica
UFOJ
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

EPICRISIS

CÓDIGO: PH-HP-F0-07

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 2 de 2

3. COMPLICACIONES

ninguna

4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN (SEÑALAR INCAPACIDAD FUNCIONAL SI LA HUBIERA)

Bueno

5. PRONÓSTICO

Bueno

6. RECOMENDACIONES

Andar por una hora al día
por las mañanas y serzoo rehabilitacion

7. FECHA Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

8. FIRMA Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Jefferson Pardo
Ortopedia y Traumatología
C.C. 725.041
F.J.S.M.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos única de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 8/27/2014 6:50:23 AM

Estación de origen: 181.48.171.9

Información Básica del Afiliado

Tipo de Identificación CC
 Numero de indentificación 7702144
 Nombres JUAN CARLOS
 Apellidos GUZMAN GUARNIZO
 Fecha de Nacimiento **/**/**
 Departamento HUILA
 Municipio NEIVA

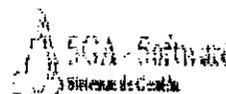
Datos de afiliación

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA AFILIACION ENTIDAD	TIPO AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	SUBSIDIADO	13/05/2008	CABEZA DE FAMILIA

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 1344 de 2012.
 La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, es de la fuente de información, en este caso, de las EPS. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1265 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las EPS o al municipio y no al Ministerio de Salud y Protección Social.
 Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al mecanismo y proceso definido y muestra como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud al usuario.
 Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remitase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012.
 Para los casos en los cuales los datos publicados en la consulta del FOSYGA sobre tipo y/o número de identificación no correspondan con los datos reales de nombres y/o apellidos, el usuario deberá presentar a la EPS certificación expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil. (No se aceptan certificados de supervivencia). Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012, o solicitar al Ministerio la corrección de información.
 Para los casos en los cuales aparezca de manera incorrecta en la consulta del FOSYGA, el campo "Estado" como "Afiliado Fallecido", por favor presente a la EPS una certificación expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil - RENEC con el fin de que esta proceda conforme a los procedimientos y normas definidas por el Ministerio.
 Finalmente, el Ministerio no expide certificaciones en contra de las EPS de la responsabilidad...



EPS-S CONFAMILIAR HUILA



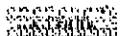
Opciones: Inicio EPS-s Red Afiliados Rips Res4505
[Salir](#)

OPCIONES DE BÚSQUEDA

1.- Digite directamente el tipo y número de identificación del **AFILIADO** a consultar. Ej.: **CC-19000111**,

2.- De un clic en el icono , digite el primer apellido y el primer nombre. Luego seleccione de la lista el afiliado a consultar

EPS-S CONFAMILIAR HUILA

Identificación
 * del Afiliado 
 Tipo-Número 

DATOS AFILIADO

Municipio de Residencia (41001)NEIVA-HUILA
 Identificación CC- 7702144
 Apellidos GUZMAN GUARNIZO
 Nombres JUAN CARLOS
 Sisben Nivel I
 Pertinencia Etnica 6 - No aplica
 Estado de la Afiliación **Afiliado ACTIVO**
 Fecha de Consulta 2014-08-27 06:50:32
 Régimen **SUBSIDIADO**

Servicios médicos

Nº	Servicio	Prostador
1	Medicamentos bajo ambulatorios (capitado)	CONFAMILIAR HUILA FARMACIA - NEIVA
2	Promoción y prevención (capitado)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
3	Rayos X (C)	RAYOS X DEL HUILA S.A.S.
4	IPS baja complejidad (capitado)	CONFAMILIAR HUILA IPS - NEIVA (QUIRINAL-SAN JORGE)
5	IPS mediana complejidad (evento)	CLINICA UROS S.A.
6	Optometría + lentes y monturas (C)	OPTICA ALEX y/o MARISOL CELIS GUERRERZ
7	Atención Patología Cáncer (PP)	UNIDAD ONCOLOGICA SURCOLOMBRIANA S.A.S.
8	Atención Patología Cardiovascular (PP)	CLINICA MEDILASER S.A.
9	Urgencias y hosp baja complejidad (evento)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
10	Atención del Parto (Evento)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
11	Oxígeno domiciliario (C)	GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES DEL PACIFICO S.A.S

47



106-3

2-12557

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE ATENCION DE SERVICIO DE SALUD

Numero de Informe: 20684 Fecha: 14.08.22 Hora: 17:38

Nombre: CLINICA UROS S.A Nit: 813011577
Codigo Habilitacion: 410010057201 Direccion: CARRERA 6 No. 16-35
Telefono: 8725400 Municipio: NEIVA Departamento: HUILA

ENFERMEDAD Y SERVICIO SOLICITADO INFORMACION (PACIENTE) GOBIERNO VINCULADO Y/O SERVICIO SOLICITADO Codig

Y/O USUARIO PARECE EN

GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS Tipo Doc: CC CE PA TI RC AS MS
1er.Apellido 2do.Apellido 1er.Nombre 2do.Nombre

No. Identificacion: 7702144 Fecha de Nacimiento: 76.06.09
Direccion de Residencia Habitual: CR 28 NO 8SUR-22 Telefono: 8708910
Departamento: HUILA Municipio: NEIVA

Cobertura en Salud: Regimen Contributivo Regimen Subsidiado - Parcial Poblacion Pobre
 Regimen Subsidiado - Total Poblacion Pobre no Asegurada sin Sisben Plan Adicional de Salud
 no Asegurada con Sisben Desplazado Otro

ORIGEN DEL SERVICIO SOLICITADO SOLICITADO

Origen: ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Servicio Solicitado: POSTERIOR A LA ATENCION Prioridad: PRIORITARIA

Ubicacion del Paciente al Momento de la Solicitud
 Consulta Externa Hospitalizacion Servicio: CIRUGIA Cama: SALA 01
 Urgencias

Manejo Integral Segun Guia: ORTOPEDIA

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD
793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DI-FISIS DE H+MERO CON	1.00
772200	OSTEOTOM-A DE HUMERO SOD +	1.00

Justificacion Clinica
PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN TERCIO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. TA:100/70 FC:85 FR:18 ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SIN MASAS SIN MEGALIAS.
ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUE EN DECIDE REALIZAR PROCEDIEMIENTO QUIRURGICO.

28/08/14: USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUE INGRESÓ A SALAS DE CX PARA PROCEDIMIENTO QX PROGRAMADO, FUE INTERVENIDO POR MÉDICO ESPECIALISTA JEFFERSON PERDOMO QUIEN LE REALIZÓ REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA D(POSITIVO) + OSTEOTOMIA DE HUMERO, COMPLICACIONES: NINGUNA, ESPECIALISTA ORDENA TTO POST OPERATORIO Y CONTINUAR HOSPITALIZADO EN PISO PARA SEGUIMIENTO Y RECUPERACION. SIGNOS VITALES TA 118/78 mmHg FC 78x FR 18x SPO2 99%.

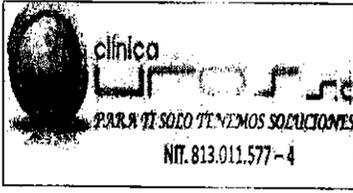
Diagnostico Principal: S429 / FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1: S430 / LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 2: /

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de Quien Reporta: ALEXIS HERRERA RAMIREZ Telefono:
Cargo o Actividad: ENFERMERO JEFE Telefono Celular:

Handwritten signature and date:
28-08-14
3:00 PM

Handwritten mark:
9



FICHA AUTORIZACIONES

NOMBRE Juan Carlos Gutierrez

DOCUMENTO 7702144 EDAD 38 CAMA _____

DIAGNOSTICO S 429 INGRESO _____ ENTIDAD CLF
S 430

FECHA	SERVICIO SOLICITADO	RECIBIDO	COD. AUTORIZADOR
28-VIII-14	793210 772200	<i>[Signature]</i> 28-08-14 12:00P	
29-8-14	ECOR650	<i>[Signature]</i> 29-8-14 12:38	

Faltos de

153
de la ley



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. 5000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

LA CAMARA DE COMERCIO DE NEIVA , CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL,

CERTIFICA:

NOMBRE : CLINICA UROS S.A.
N.I.T: 813011577-4
DIRECCION COMERCIAL:CARRERA 6 NO. 16 -35
BARRIO COMERCIAL: QUIRINAL
FAX COMERCIAL: 8725400
APARTADO AEREO: EXT 161
DOMICILIO : NEIVA
TELEFONO COMERCIAL 1: 8725400
DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL :CL 16 A 6 20
BARRIO NOTIFICACION: QUIRINAL
MUNICIPIO JUDICIAL: NEIVA
E-MAIL COMERCIAL:jose.ceron@clinicauros.com

E-MAIL NOT. JUDICIAL:jose.ceron@clinicauros.com

TELEFONO NOTIFICACION JUDICIAL 1: 8725400
FAX NOTIFICACION JUDICIAL: 8725400_EXT

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:
8610 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

CERTIFICA:

ACTIVIDAD SECUNDARIA:
8621 ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA:

MATRICULA NO. 00127578
FECHA DE MATRICULA EN ESTA CAMARA: 25 DE ABRIL DE 2003
RENOVO EL AÑO 2017 , EL 30 DE MARZO DE 2017

CERTIFICA:

CONSTITUCION : QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0000551 DE NOTARIA SEGUNDA DE NEIVA DEL 3 DE ABRIL DE 2003 , INSCRITA EL 25 DE ABRIL DE 2003 BAJO EL NUMERO 00017979 DEL LIBRO IX, SE CONSTITUYO LA PERSONA JURIDICA: CLINICA UROS LTDA °
QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0001997 DE NOTARIA TERCERA DE NEIVA DEL 24 DE JULIO DE 2006 , INSCRITA EL 22 DE ABRIL DE 2008 BAJO EL NUMERO 00024271 DEL LIBRO IX,
LA SOCIEDAD CAMBIO SU NOMBRE DE : CLINICA UROS LTDA POR EL DE :

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

CLINICA UROS S.A.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0001997 DE NOTARIA TERCERA DE NEIVA DEL 24 DE JULIO DE 2006 , INSCRITA EL 22 DE ABRIL DE 2008 BAJO EL NUMERO 00024271 DEL LIBRO IX,
LA PERSONA JURIDICA TUVO LA SIGUIENTE TRANSFORMACION :
TRANSFORMACION DE SOCIEDAD LTDA A S.A., DESIGNACION JUNTA DIRECTIVA, GERENTE PRINCIPAL Y SUPLENTE, REVISOR FISCAL PRINCIPAL Y SUPLENTE.

CERTIFICA:

REFORMAS:

DOCUMENTO	FECHA	ORIGEN	CIUDAD	INSCRIPCION	FECHA
0000870	2004/04/06	NOTARIA TERCERA	NEI	00019358	2004/07/22
0001206	2005/05/10	NOTARIA TERCERA	NEI	00020352	2005/05/16
0001997	2006/07/24	NOTARIA TERCERA	NEI	00024271	2008/04/22
0002749	2008/09/30	NOTARIA TERCERA	NEI	00024961	2008/09/30
0002749	2008/09/30	NOTARIA TERCERA	NEI	00024963	2008/09/30
	2008/10/02	REVISOR FISCAL	NEI	00024978	2008/10/03
0001459	2010/05/27	NOTARIA QUINTA	NEI	00027589	2010/05/28
0000030	2011/04/29	ASAMBLEA EXTR. DE ACNEI	NEI	00029442	2011/05/03
0002838	2011/09/06	NOTARIA QUINTA	NEI	00030235	2011/09/16

CERTIFICA:

VIGENCIA: QUE LA PERSONA JURIDICA NO SE HALLA DISUELTA. DURACION HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2058 .

CERTIFICA:

OBJETO. LA SOCIEDAD TIENE POR OBJETO PRINCIPAL EL DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. LA PRESTACION DE TODA CLASE DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES, QUIRURGICOS, CLINICOS, FARMACEUTICOS, EN TODAS SUS ESPECIALIDADES Y AQUELLOS SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS DE LA ATENCION MEDICA; 2. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD, DE CUALQUIER NIVEL DE ATENCION O COMPLEJIDAD, ENMARCADO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD INTEGRAL A TODA LA FAMILIA; 3. IMPLEMENTAR Y PONER A DISPOSICION TODA LA TECNOLOGIA REQUERIDA PARA EL TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO DE TODAS LAS ESPECIALIDADES MEDICAS; 4. PRODUCIR, IMPORTAR O EXPORTAR DIRECTAMENTE O POR INTERPUESTA PERSONA TODO LO INSTRUMENTAL Y EQUIPOS MEDICOS Y QUIRURGICOS, ASI COMO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS NECESARIOS; 5. LA PRESTACION DE SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

MEDICALIZADAS Y NO MEDICALIZADAS EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL;
6. PRESTAR SERVICIOS DE ATENCION DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACION EN CASA; 7. LA COMERCIALIZACION DE RECURSOS MEDICOS, YA SEA POR SI SOLO EN CONVENIO CON CENTROS DOCENTES O UNIVERSIDADES PUBLICAS O PRIVADAS, USANDO PARA ELLO MEDIOS MECANICOS O ELECTRONICOS, SEMINARIOS O CONFERENCIAS Y EN GENERAL TODA CLASE DE INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES QUE EN EL CAMPO CIENTIFICO DE LA MEDICINA PUEDA DESARROLLARSE; 8. LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DONDE SE UTILICEN MEDIOS ALTERNATIVOS NO TRADICIONALES.
EN EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL LA SOCIEDAD PODRA: A. ADQUIRIR TODA CLASE DE VEHICULOS, BIEN SEA DE CONTADO O A CREDITO, ALQUILARLOS O RENTARLOS, CONTRATAR EMPRESTITOS CON EL FIN DE ADQUIRIR VEHICULOS CONSTITUIR GARANTIAS BIEN SEA REALES O PERSONALES PARA GARANTIZAR LOS PRESTAMOS QUE SE LE CONCEDAN PARA LA ADQUISICION, REPARACION, MANTENIMIENTO, ETC., DE LOS VEHICULOS DE SU PROPIEDAD Y EN GENERAL CELEBRAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS TENDIENTES AL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES SOCIALES QUE PERSIGUE. B. ADQUIRIR, CONSERVAR, GRAVAR Y ENAJENAR TODA CLASE DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES QUE SEAN NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL, EXPLOTARLOS, ARRENDARLOS, ENAJENARLOS, EDIFICAR SOBRE ELLOS, GRAVARLOS, LIMITAR EL DOMINIO SOBRE ELLOS Y DARLOS EN GARANTIA DE SUS PROPIAS OBLIGACIONES O LAS DE SUS VINCULADOS. C. CELEBRAR TODA CLASE DE OPERACIONES DE CREDITO, DAR O RECIBIR DINERO EN MUTUO, CON GARANTIAS O SIN ELLAS. D. CELEBRAR EL CONTRATO DE CAMBIO EN TODAS SUS MANIFESTACIONES Y EJECUTAR TODA CLASE DE ACTOS JURIDICOS CON TITULOS VALORES Y DEMAS DOCUMENTOS QUE NO TENGAN LA CALIDAD DE TITULOS VALORES. E. FORMAR CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES Y CUALQUIER OTRO MEDIO ASOCIATIVO, CON EL FIN DE PARTICIPAR EN TODA CLASE DE PROCESOS LICITATORIOS EN ENTIDADES PRIVADAS Y PUBLICAS. F. FORMAR, CONEXOS O COMPLEMENTARIOS A LOS DE LA SOCIEDAD E INTEGRARSE CON EMPRESAS NUEVAS O YA EXISTENTES BIEN SEAN NACIONALES O EXTRANJERAS QUE SE DEDIQUEN A ACTIVIDADES DE LA MISMA INDOLE O SEMEJANTES, FUSIONARSE CON ELLAS O ABSORBERLAS. G. GARANTIZAR REAL Y/O PERSONALMENTE LOS PRESTAMOS CONCEDIDOS O QUE SE LES CONCEDAN A SUS COMPAÑIAS VINCULADAS, A CUALQUIER ENTIDAD DE CREDITO NACIONAL O EXTRANJERA, DESTINADAS A FINANCIAR EL ESTABLECIMIENTO DE INSTALACIONES, LA AMPLIACION O MEJORA DE LAS MISMAS O LAS EXISTENTES, O LA CONSECUION DE CAPITAL DE TRABAJO Y REALIZAR TODO TIPO DE OPERACIONES BANCARIAS. H. INVERTIR CAPITAL EN TODA CLASE DE ACTOS Y CONTRATOS QUE TENGAN RELACION DIRECTA CON EL OBJETO SOCIAL. LA SOCIEDAD NO PODRA CONSTITUIRSE EN GARANTIA DE OBLIGACIONES AJENAS, NI CAUCIONAR CON SUS BIENES OBLIGACIONES DISTINTAS DE LAS SUYAS, SALVO EL CASO DE QUE SE TRATE DE SOCIEDADES VINCULADAS A ELLA. I. CELEBRAR TODA CLASE DE ACTOS O CONTRATOS CIVILES, COMERCIALES, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS, CON ENTIDADES PRIVADAS O DEL ESTADO, TALES COME ADQUIRIR, COMPRAR, GRAVAR, ENAJENAR, RECIBIR O CONSTITUIR EN DEPOSITO O EN CUSTODIA,

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

DE ABRIL DE 2011 , INSCRITA EL 3 DE MAYO DE 2011 BAJO EL NUMERO 00029441 DEL LIBRO IX , FUE(RON) NOMBRADO(S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA PACHON CHARRY JUAN DIEGO	C.C.7709183

** JUNTA DIRECTIVA: SUPLENTE(S) **

QUE POR ACTA NO. 0000030 DE ASAMBLEA EXTR. DE ACCIONISTAS DEL 29 DE ABRIL DE 2011 , INSCRITA EL 3 DE MAYO DE 2011 BAJO EL NUMERO 00029441 DEL LIBRO IX , FUE(RON) NOMBRADO(S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA ROJAS ARBELAEZ SANDRA LILIANA	C.C.30319490

MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA OSORIO MANRIQUE NOHORA MARCELA	C.C.36302827
--	--------------

QUE POR ACTA NO. 0000021 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 19 DE MAYO DE 2010 , INSCRITA EL 20 DE MAYO DE 2010 BAJO EL NUMERO 00027540 DEL LIBRO IX , FUE(RON) NOMBRADO(S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA OSORIO MANRIQUE JUAN CARLOS	C.C.12138981

MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA OSORIO MANRIQUE ERNESTO	C.C.79392975
---	--------------

QUE POR ACTA NO. 0000030 DE ASAMBLEA EXTR. DE ACCIONISTAS DEL 29 DE ABRIL DE 2011 , INSCRITA EL 3 DE MAYO DE 2011 BAJO EL NUMERO 00029441 DEL LIBRO IX , FUE(RON) NOMBRADO(S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA PUA BEDOYA SHIRLEY PAOLA	C.C.22492826

CERTIFICA:

** NOMBRAMIENTOS : **

QUE POR ACTA NO. 0000034 DE JUNTA DIRECTIVA EXTRAORDINARIA DEL 31 DE JULIO DE 2015 , INSCRITA EL 4 DE AGOSTO DE 2015 BAJO EL NUMERO 00041993 DEL LIBRO IX , FUE(RON) NOMBRADO(S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRESIDENTE JAIMES LEGUIZAMON NEYDI VIVIANA	C.C.53003041

SUPLENTE PACHON CHARRY JUAN DIEGO	C.C.7709183
--------------------------------------	-------------

CERTIFICA:

REPRESENTACION LEGAL: LA SOCIEDAD TIENE LOS SIGUIENTES ORGANOS DE ADMINISTRACION, DIRECCION Y FISCALIZACION: 1. ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. 2. JUNTA DIRECTIVA. 3. PRESIDENTE Y SU SUPLENTE. 4. REVISOR FISCAL Y SU SUPLENTE. 5. SECRETARIO. 6. DIRECCION CIENTIFICA. CADA UNO DE ESTOS ORGANOS EJERCERA LAS

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

FUNCIONES Y ATRIBUCIONES QUE SE DETERMINAN EN LOS PRESENTES ESTATUTOS CON ARREGLO A LAS NORMAS LEGALES. DE LA JUNTA DIRECTIVA: LA SOCIEDAD TENDRA UNA JUNTA DIRECTIVA COMPUESTA POR CINCO (05) MIEMBROS PRINCIPALES, CADA UNO DE LOS CUALES TENDRA UN SUPLENTE PERSONAL, ELEGIDOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

SON FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA: 1. DICTAR SU PROPIO REGLAMENTO Y FIJAR LOS REGLAMENTOS INTERNOS DE LA SOCIEDAD. 2. NOMBRAR Y REMOVER LIBREMENTE AL GERENTE Y SU SUPLENTE, AL DIRECTOR CIENTIFICO Y FIJARLES SU REMUNERACION. 3. LA JUNTA DIRECTIVA TENDRA ATRIBUCIONES SUFICIENTES PARA ORDENAR QUE SE EJECUTE O CELEBRE CUALQUIER ACTO CONTRATO COMPRENDIDO DENTRO DEL OBJETO SOCIAL Y PARA TOMAR LAS DETERMINACIONES NECESARIAS EN ORDEN A QUE LA SOCIEDAD CUMPLA SUS FINES. 4. EJECUTAR LOS ACUERDOS DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. 5. DISPONER CUANDO LO CONSIDERE OPORTUNO, LA FORMACION DE COMITES CONSULTIVOS O TECNICOS, INTEGRADOS POR EL NUMERO DE MIEMBROS QUE DETERMINE PARA QUE ASESOREN AL GERENTE EN ASUNTOS DETERMINADOS. 6. DETERMINAR LAS PARTIDAS QUE SE DESEEN LLEVAR A FONDOS ESPECIALES. 7. CREAR Y SUPRIMIR LOS CARGOS EJECUTIVOS QUE CONSIDERE CONVENIENTE, ASI COMO SEÑALAR LAS FUNCIONES Y REMUNERACIONES QUE CORRESPONDAN A DICHS CARGOS. 8. DELEGAR EN EL GERENTE DE LA SOCIEDAD LOS NOMBRAMIENTOS Y DEMAS ACTUACIONES QUE ESTIME CONVENIENTES. 9. TRAZAR LOS PLANES QUE LA SOCIEDAD DEBE DESARROLLAR EN DETERMINADOS PERIODOS. 10. APROBAR EL PRESUPUESTO DE GASTOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DE LA SOCIEDAD. 11. ESTABLECER O SUPRIMIR SUCURSALES O AGENCIAS, DENTRO O FUERA DEL PAIS Y REGLAMENTAR SU FUNCIONAMIENTO. 12. CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A SESIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO ESTIME CONVENIENTE. 13. REGLAMENTAR LA EMISION Y COLOCACION DE ACCIONES QUE EMITA LA SOCIEDAD Y LAS QUE TENGA EN RESERVA O DE CUALQUIER AUMENTO DE CAPITAL, ASI COMO LAS ACCIONES PRIVILEGIADAS Y LAS ACCIONES CON DIVIDENDO PREFERENCIAL SIN DERECHO A VOTO CUANDO HUBIERE LUGAR. 14. ABSTENERSE DE UTILIZAR INDEBIDAMENTE INFORMACION PRIVILEGIADA. 15. ORDENAR LA EMISION Y APROBAR EL RESPECTIVO PROSPECTO DE EMISION Y COLOCACION DE BONOS, PAPELES COMERCIALES, Y DEMAS TITULOS QUE PERMITAN CAPTAR RECURSOS O INVERSIONES NACIONALES O EXTRANJERAS Y QUE SEAN OBJETO DEL REGIMEN DEL MERCADO PUBLICO DE VALORES. 16. ESTUDIAR Y APROBAR LAS CUENTAS, INVENTARIOS Y ESTADOS FINANCIEROS PARA QUE SEAN PRESENTADOS EN LAS SESIONES ORDINARIAS ANUALES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, JUNTO CON EL BALANCE GENERAL DE EJERCICIO Y LA RELACION DISCRIMINADA DE LAS CUENTAS QUE SOPORTAN EL ESTADO DE PERDIDAS Y GANANCIAS DE LA SOCIEDAD, EL PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES Y DEMAS DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LAS NORMAS O ESTATUTOS. 17. AUTORIZAR AL GERENTE O SUS SUPLENTE PARA CELEBRAR TODO ACTO O CONTRATO QUE OBLIGUE A LA SOCIEDAD Y CUYA SUMA EXCEDA EL EQUIVALENTE A CINCO MIL (5.000) SALARIOS MINIMOS

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

LEGALES MENSUALES. 18. RENDIR CUENTAS COMPROBADAS DE SU GESTION AL FINAL DE CADA EJERCICIO Y CUANDO SE LAS EXIJA EL ORGANO QUE SEA COMPETENTE PARA ELLO. PARA TAL EFECTO, PRESENTARA LOS ESTADOS FINANCIEROS QUE FUEREN PERTINENTES, UN INFORME DE GESTION, Y UN PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES EN CASO DE RENDICION DE CUENTAS DE FIN DE EJERCICIO. EL INFORME DE GESTION DEBERA CONTENER UNA EXPOSICION FIEL SOBRE LA EVOLUCION DE LOS NEGOCIOS Y LA SITUACION JURIDICA, ECONOMICA Y ADMINISTRATIVA DE LA SOCIEDAD, E INCLUIR IGUALMENTE INDICACIONES SOBRE LOS ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES ACAECIDOS DESPUES DEL EJERCICIO, LA EVOLUCION PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD Y LAS OPERACIONES CELEBRADAS CON LOS ACCIONISTAS Y CON LOS ADMINISTRADORES. EL INFORME DEBERA SER APROBADO POR LA MAYORIA DE VOTOS DE LA JUNTA DIRECTIVA Y A EL SE ADJUNTARAN LAS EXPLICACIONES O SALVEDADE DE QUIENES NO LO COMPARTAN. 19. EJERCER LAS DEMAS FUNCIONES SEÑALADAS EN LOS ESTATUTOS Y LAS NECESARIAS O CONVENIENTES PARA EL CUMPLIDO MANEJO DE LOS NEGOCIOS SOCIALES Y DE LAS EMPRESAS EN QUE TOME INTERES. 20. AUTORIZAR AL GERENTE O A SUS SUPLENTE, PARA QUE DE FORMA TRANSITORIA DELEGUE ALGUNA O ALGUNAS DE LAS ATRIBUCIONES Y FUNCIONES QUE SEAN DELEGABLES EN UNO O VARIOS DE LOS FUNCIONARIOS O EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD.

DEL PRESIDENTE: LA SOCIEDAD TENDRA UN PRESIDENTE Y UN (1) SUPLENTE. EL PRESIDENTE SERA REEMPLAZADO EN SUS FALTAS ABSOLUTAS, TEMPORALES O ACCIDENTALES POR EL SUPLENTE. NO OBSTANTE LA REPRESENTACION LEGAL SERA EJERCIDA EN FORMA PERMANENTE POR EL PRESIDENTE O SU SUPLENTE SIN NECESIDAD DE AUTORIZACIONES DE LA ASAMBLEA O DE LA JUNTA DIRECTIVA, NI DE AUSENCIA TEMPORAL O ABSOLUTA DE UNO DE ELLOS.

FACULTADES DEL PRESIDENTE Y DE SU SUPLENTE. EL PRESIDENTE EJERCERA LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU CARGO Y EN ESPECIAL LAS SIGUIENTES: 1. PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA LOS ESTADOS FINANCIEROS, LAS CUENTAS, INVENTARIOS Y BALANCES, ASI COMO LOS ESTADOS FINANCIEROS DE FIN DE EJERCICIO, CON PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES O CANCELACION DE PERDIDAS LIQUIDAS, UN INFORME DETALLADO SOBRE LA MARCHA GENERAL DE LOS NEGOCIOS Y EMPRESAS SOCIALES, REFORMAS INTRODUCIDAS Y DEMAS INFORMES QUE REQUIERA LA ASAMBLEA GENERAL O LA JUNTA DIRECTIVA DE ACUERDO CON LA LEY Y LOS ESTATUTOS. 2. PRESENTAR A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, POR CONDUCTO DE LA JUNTA DIRECTIVA, EN SUS SESIONES ORDINARIAS, UN INFORME DETALLADO SOBRE LA MARCHA GENERAL DE LOS NEGOCIOS Y EMPRESAS SOCIALES, SOBRE LAS REFORMAS INTRODUCIDAS Y LAS QUE A SU JUICIO SEA CONVENIENTE ACOMETER EN SUS METODOS DE TRABAJO Y SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE LOS MISMOS NEGOCIOS. 3. RENDIR CUENTAS COMPROBADAS DE SU GESTION AL FINAL DE CADA EJERCICIO, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL SE RETIRE DE SU CARGO, Y CUANDO SE LAS EXIJA EL ORGANO QUE SEA COMPETENTE PARA ELLO. PARA TAL EFECTO, PRESENTARA LOS ESTADOS FINANCIEROS QUE FUEREN PERTINENTES, UN INFORME DE GESTION Y UN

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES EN CASO DE RENDICION DE CUENTAS DE FIN DE EJERCICIO. EL INFORME DE GESTION DEBERA CONTENER UNA EXPOSICION FIEL SOBRE LA EVOLUCION DE LOS NEGOCIOS Y LA SITUACION JURIDICA, ECONOMICA Y ADMINISTRATIVA DE LA SOCIEDAD, E INCLUIR IGUALMENTE INDICACIONES SOBRE LOS ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES ACABADOS DESPUES DEL EJERCICIO, LA EVOLUCION PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD Y LAS OPERACIONES CELEBRADAS CON LOS ACCIONISTAS Y CON LOS ADMINISTRADORES. EL INFORME DEBERA SER APROBADO POR LA MAYORIA DE VOTOS DE LA JUNTA DIRECTIVA Y AL MISMO SE ADJUNTARAN LAS EXPLICACIONES O SALVEDADES DE QUIENES NO LO COMPARTAN. 4. CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LOS PRESENTES ESTATUTOS, LAS DECISIONES DE LA ASAMBLEA Y DE LA JUNTA DIRECTIVA. 5. CONVOCAR LA ASAMBLEA Y LA JUNTA DIRECTIVA A SESIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO ESTIME CONVENIENTE. 6. CONSTITUIR APODERADOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES. 7. EFECTUAR EL NOMBRAMIENTO DE LOS EMPLEADOS CUYA DESIGNACION NO CORRESPONDA A LA ASAMBLEA O A LA JUNTA DIRECTIVA. 8. REPRESENTAR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE A LA SOCIEDAD ANTE LOS ACCIONISTAS, LOS TERCEROS, Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS. 9. REALIZAR Y CELEBRAR LOS ACTOS Y CONTRATOS QUE TIENDAN A CUMPLIR LOS FINES SOCIALES, INTERPONER DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, TODA CLASE DE RECURSOS O DESISTIR DE ELLOS, RECIBIR DINERO EN MUTUO, HACER DEPOSITOS EN BANCOS O ENTIDADES FINANCIERAS, CELEBRAR OPERACIONES CAMBIARIAS EN CUALQUIERA DE SUS MANIFESTACIONES, CELEBRAR TODA CLASE DE ACTOS DE COMERCIO, GIRAR, NEGOCIAR, ACEPTAR, ADQUIRIR, DESCONTAR, COBRAR, AVALAR, ETC. TITULOS VALORES Y DEMAS DOCUMENTOS CIVILES O COMERCIALES QUE INCORPOREN OBLIGACIONES, REQUIRIENDOSE AUTORIZACION DE LA JUNTA DIRECTIVA PARA CELEBRAR TODO ACTO O CONTRATO CUYA CUANTIA EXCEDA EL EQUIVALENTE A DOS MIL (2.000) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES. 10. SOMETER A ARBITRAMIENTO O TRANSIGIR LAS DIFERENCIAS DE LA SOCIEDAD CON LOS ACCIONISTAS O TERCEROS CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ORDINAL ANTERIOR. 11. CUIDAR DE LA DEBIDA RECAUDACION E INVERSION DE LOS FONDOS DE LA SOCIEDAD. 12. DELEGAR, CON LA PREVIA AUTORIZACION DE LA JUNTA DIRECTIVA, ALGUNA O ALGUNAS DE SUS ATRIBUCIONES Y FUNCIONES DELEGABLES EN UNO O EN VARIOS DE LOS FUNCIONARIOS O EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD EN FORMA TRANSITORIA O PERMANENTE. 13. EJERCER TODAS LAS FUNCIONES QUE DELEGUE LA JUNTA DIRECTIVA, LAS DEMAS QUE LE CONFIEREN LOS ESTATUTOS Y LA LEY Y AQUELLAS QUE POR NATURALEZA DE SU CARGO LE CORRESPONDEN. EN GENERAL LLEVAR A CABO LA REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD EN TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS TENDIENTES AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL. 14. CUMPLIR LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE LE IMPARTAN LA ASAMBLEA GENERAL O LA JUNTA DIRECTIVA. 15. PROPONER A LA JUNTA DIRECTIVA LA PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD COMO SOCIA O PARTICIPE EN OTRAS SOCIEDADES, CONSORCIOS O UNIONES TEMPORALES. 16. VELAR PORQUE SE PERMITA LA ADECUADA REALIZACION DE LAS FUNCIONES

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

ENCOMENDADAS AL REVISOR FISCAL. 17. TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAME LA CONSERVACION DE LOS BIENES SOCIALES, VIGILAR LA ACTIVIDAD DE LOS EMPLEADOS DE LA ADMINISTRACION DE LA SOCIEDAD E IMPARTIRLES LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE EXIJA LA BUENA MARCHA DE LA SOCIEDAD. 18. CUMPLIR O HACER QUE SE CUMPLAN OPORTUNAMENTE TODOS LOS REQUISITOS O EXIGENCIAS LEGALES QUE SE RELACIONEN CON EL FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD.

FUNCIONES DEL SUPLENTE. CORRESPONDE AL SUPLENTE DEL PRESIDENTE LAS FUNCIONES QUE LE ASIGNE LA JUNTA DIRECTIVA, SALVO EL CASO DE AUSENCIA TEMPORAL, ACCIDENTAL O DEFINITIVA DEL PRESIDENTE, CASO EN EL CUAL DESARROLLARA LAS FUNCIONES PROPIAS DEL PRESIDENTE.

FUNCIONES EL REVISOR FISCAL: CORRESPONDEN AL REVISOR FISCAL LAS SIGUIENTES FUNCIONES: 1. CERCIORARSE DE QUE LAS OPERACIONES QUE SE CELEBRAN CUMPLAN LAS PRESCRIPCIONES DE LOS ESTATUTOS, LAS DECISIONES DE LA ASAMBLEA Y DE LA JUNTA DIRECTIVA. 2. DAR OPORTUNA CUENTA POR ESCRITO A LA ASAMBLEA, A LA JUNTA DIRECTIVA O AL GERENTE, SEGUN EL CASO, DE LAS IRREGULARIDADES QUE OCURRAN EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD Y EN EL DESARROLLO DE SUS NEGOCIOS. 3. COLABORAR CON LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES QUE EJERZAN LA INSPECCION Y VIGILANCIA DE LA SOCIEDAD Y RENDIRLES LOS INFORMES A QUE HAYA LUGAR O LE SEAN SOLICITADOS. 4. VELAR PORQUE SE LLEVEN REGULARMENTE LA CONTABILIDAD DE LA SOCIEDAD Y LAS ACTAS DE LAS REUNIONES DE LA ASAMBLEA, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y PORQUE SE CONSERVE DEBIDAMENTE LA CORRESPONDENCIA DE LA SOCIEDAD Y LOS COMPROBANTES DE LAS CUENTAS IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES NECESARIAS PARA TALES FINES. 5. INSPECCIONAR ASIDUAMENTE LOS BIENES DE LA SOCIEDAD Y PROCURAR QUE SE TOMEN OPORTUNAMENTE LAS MEDIDAS DE CONSERVACION O SEGURIDAD DE LOS MISMOS Y DE LOS QUE ELLA TENGA EN CUSTODIA A CUALQUIER OTRO TITULO. 6. IMPARTIR LAS INSTRUCCIONES, PRACTICAR LAS INSPECCIONES Y SOLICITAR LOS INFORMES QUE SEAN NECESARIOS PARA ESTABLECER UN CONTROL PERMANENTE SOBRE LOS VALORES SOCIALES. 7. AUTORIZAR CON SU FIRMA CUALQUIER BALANCE QUE SE HAGA CON SU DICTAMEN O INFORME CORRESPONDIENTE. 8. CONVOCAR A LA ASAMBLEA A REUNIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE NECESARIO. 9. PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, EN SESIONES ORDINARIAS, UN INFORME SOBRE EL RESULTADO DE SUS LABORES Y DAR A LA ASAMBLEA, A LA JUNTA DIRECTIVA Y AL GERENTE DE LA SOCIEDAD LOS INFORMES QUE LE DEMANDEN SOBRE ASUNTOS RELACIONADOS CON SUS FUNCIONES. 10. CUMPLIR LAS DEMAS ATRIBUCIONES QUE LE SEÑALEN LAS LEYES O LOS ESTATUTOS Y LAS QUE, SIENDO COMPATIBLES CON LAS ANTERIORES, LE ENCOMIENDE LA ASAMBLEA.

CERTIFICA:

** REVISOR FISCAL: **

QUE POR ACTA NO. 0000041 DE ASAMBLEA EXTR. DE ACCIONISTAS DEL 5

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

DE OCTUBRE DE 2015 , INSCRITA EL 13 DE OCTUBRE DE 2015 BAJO EL
NUMERO 00042862 DEL LIBRO IX , FUE (RON) NOMBRADO(S) :

NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL PRINCIPAL T.P. 96943-T QUINTERO MORA HERNANDO TARJETA PROFESIONAL: 96943-T	C.C.7699880

QUE POR ACTA NO. 0000041 DE ASAMBLEA EXTR. DE ACCIONISTAS DEL 5
DE OCTUBRE DE 2015 , INSCRITA EL 13 DE OCTUBRE DE 2015 BAJO EL
NUMERO 00042862 DEL LIBRO IX , FUE (RON) NOMBRADO(S) :

NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL SUPLENTE T.P. 164614-T QUIMBAYA TORRES YEHENY TARJETA PROFESIONAL: 164614-T	C.C.1075229854

CERTIFICA:

QUE POR ACTA NO. 002 DE FECHA 15 DE MARZO DE 2005 CORRESPONDIENTE
A LA JUNTA EXTRAORDINARIA DE SOCIOS, INSCRITA EN ESTA CAMARA DE
COMERCIO EL 30 DE MARZO DE 2005 BAJO EL NO. 31255 DEL LIBRO VI,
LA SOCIEDAD CLINICA UROS LTDA., AUTORIZA LA APERTURA DE UNA
AGENCIA DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE FLORENCIA CAQUETA.

CERTIFICA:

QUE LA PERSONA JURIDICA TIENE MATRICULADOS LOS SIGUIENTES
ESTABLECIMIENTOS :

NOMBRE : CLINICA UROS SA
MATRICULA NO. 00173802 DEL 26 DE MAYO DE 2007
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 30 DE MARZO DE 2017
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2017

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:
8610 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

CERTIFICA:

ACTIVIDAD SECUNDARIA:
8621 ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA:

QUE LA PERSONA JURIDICA TIENE MATRICULADOS LOS SIGUIENTES
ESTABLECIMIENTOS :

NOMBRE : CASA UROS - 1

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

MATRICULA NO. 00250210 DEL 14 DE NOVIEMBRE DE 2013
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 30 DE MARZO DE 2017
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2017

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:
8621 ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA:

QUE LA PERSONA JURIDICA TIENE MATRICULADOS LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS :

NOMBRE : CASA UROS
MATRICULA NO. 00267167 DEL 30 DE MARZO DE 2015
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 30 DE MARZO DE 2017
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2017

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:
8621 ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA:

QUE LA PERSONA JURIDICA TIENE MATRICULADOS LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS :

NOMBRE : UNIDAD ESPECIAL DE CUIDADOS CRONICOS
MATRICULA NO. 00279685 DEL 30 DE MARZO DE 2016
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 30 DE MARZO DE 2017
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2017

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:
8610 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

CERTIFICA:

ACTIVIDAD SECUNDARIA:
8621 ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA:

QUE NO FIGURAN INSCRIPCIONES ANTERIORES A LA FECHA DEL PRESENTE CERTIFICADO, QUE MODIFIQUEN TOTAL O PARCIALMENTE SU CONTENIDO.

***** CONTINUA *****



Camara de Comercio de Neiva
CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
CLINICA UROS S.A.

Fecha expedición: 2017/07/19 - 09:20:51, Recibo No. S000147489, Operación No. 01MAG0719013

CODIGO DE VERIFICACIÓN: cNEgFGvt4e

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUI CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCION, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS.

VALOR DEL CERTIFICADO: \$5,200

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la Cámara de Comercio de Neiva contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace <http://siineiva.confecamaras.co/cv.php> seleccionando allá la cámara de comercio e indicando el código de verificación cNEgFGvt4e.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o que haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.