

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 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.

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 diagnostico 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 diagnostico 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 evidencio: **"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 génere*, 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

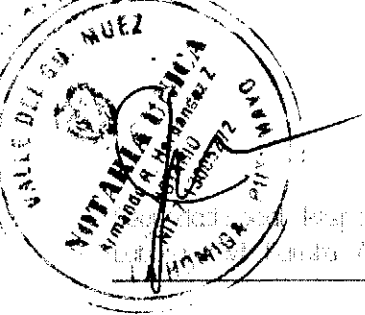

Llanos Rodríguez
Abogados



www.llanosrodriguezabogados.com.co

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

contacto@llanosrodriguezabogados.com.co



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



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.

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NOTARIA UNICO DEL VALLE DEL GUAMUES
SUSCENCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTO
AUTENTICACIÓN DE FIRMA Y HUELLA A PETICIÓN 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. 60 D 960/70 ART. 24 D 2148/83

FIRMA COMPARECIENTE

[Firma manuscrita]

09 MAR 2022



COY FE

ARMANDO RAMIRO HERNANDEZ ZAMBRANO

TR. 49016 C. *[Firma manuscrita]* NOTARÍA 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

www.llanosrodriguezabogados.com.co

BOGOTÁ, D.C. 15 de Agosto de 2014

Abogado en Bogotá, D.C.



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

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

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

Xiomara P
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

fue presentado personalmente por

Identificado con C.C.

El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

JAQUILINE DIAZ S

El Notario Quinto del Circuito de Neiva

HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a

fue presentado personalmente por

Identificado con C.C.

El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

Estefani Gozman

14 MAR 2022

El Notario Quinto del Circuito de Neiva

HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a

fue presentado personalmente por

Identificado con C.C.

El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

Natalia P

El Notario Quinto del Circuito de Neiva

HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a

fue presentado personalmente por

Identificado con C.C.

El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

14 MAR 2022

El Notario Quinto del Circuito de Neiva

HACE CONSTAR

Que el anterior documento dirigido a

fue presentado personalmente por

Identificado con C.C.

El Notario

NOTARIA QUINTA ENCARGADO

Kenny P

14 MAR 2022



Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

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

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

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 diagnostica de fractura de brazo y se decidió solicitar valoración por el servicio de ortopedia remitiendo el paciente a la ciudad de Neiva.



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



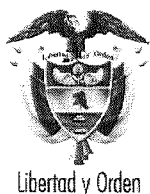
Notaría 5ª

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, imagenologicos 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".

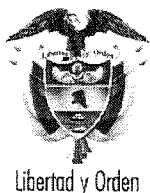


Notaría 5ª

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



Notaría 5ª

Del Círculo Notarial de Neiva

Eduardo Fierro Manrique

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.

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

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

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

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



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



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.= = = = =

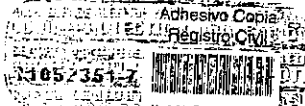
EL (LOS) DECLARANTE (S),

Wilmer Vargas Motta Xiomara Cepeda G
7721726 Neiva 36167332. Neiva

HERNANDO TRUJILLO POLANCO
NOTARIO PRIMERO



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NIP.

① Parte básica	② Parte compl.
12C.0250538	

INDICATIVO SERIAL 28192681

SECCION GENERICA

OFICINA DE REGISTRO CIVIL	① Consulado, notario, Registraduría del Estado Civil, Inspección, corregimiento REGISTRADURIA MUNICIPAL	② Departamento, municipio, Inspección, corregimiento HUILA PALERMO	③ Código 12C
DATOS DEL INSCRITO	⑦ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) Primer apellido: GUZMAN + + + + + Segundo apellido: DIAZ + + + + + Nombre(s): JUAN DAVID + + + + +		
	⑧ SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
	⑨ FECHA DE NACIMIENTO Año: 2009 Mes: 09 Día: 15		
	⑩ LUGAR DE NACIMIENTO País: COLOMBIA Departamento: HUILA Municipio: PALERMO Inspección o corregimiento:		

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	⑪ Organismo de salud o dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento CASA DE HABITACION CLL 9 No. 10-59 PALERMO		⑫ Hora: 02 Minutos: 00	⑬ Tipo sanguíneo Grupo: O+ R.H.
	⑭ Documento antecedente presentado (certificado de nacido vivo número, documento auténtico, acta religiosa)		⑮ Nombre de quien expide el certificado	⑯ Número de registro o tarjeta profesional
	TESTIGOS: CIBULAS PETITION PADRES			
	⑰ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (apellidos de soltera) Primer apellido: DIAZ + + + + + Segundo apellido: SUAREZ + + + + + Nombre(s): JACQUELINE + + + + +			
DATOS DE LOS PADRES	⑱ Documento de identificación (clase y número) CC. No. 65.433.379 Velez		⑲ Nacionalidad(es) COLOMBIANA	⑳ Dirección domicilio CLL 9 No. 11-47 Palermo
	⑳ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE Primer apellido: GUZMAN + + + + + Segundo apellido: GUARNIZO + + + + + Nombre(s): JUAN CARLOS + + + + +		㉑ Edad al momento del parto 3,6 Años	
	㉒ Documento de identificación (clase y número) CC. No. 7.702.144 Neiva		㉒ Nacionalidad(es) COLOMBIANA	㉓ Dirección domicilio CLL 9 No. 11-47 Palermo
	㉔ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE Primer apellido: GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS + + + + + Documento de identificación (clase y No.) CC. No. 7.702.144 Neiva Huila + + + + +			
DATOS TESTIGO	㉕ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) ORTIZ LOSADA INES + + + + + Documento de identificación (clase y No.) CC. No. 26.533.581 Palermo + + + + +		㉖ Domicilio (dirección o municipio) CLL 9 No. 11-47 Palermo	
	㉗ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) RIVERA SANCHEZ EDUARDO + + + + + Documento de identificación (clase y No.) CC No 12.134.160 Neiva + + + + +		㉘ Domicilio (dirección o municipio) CLL 7 sur No. 20-45 Neiva	

HA DE FICION	② Nombre y firma autógrafa del funcionario que autorizó el registro NOTARIA PRIMERA DE NEIVA La presente es fiel fotocopia de copia original Año: 2015 Día: 29 Neiva, ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL El Notario: HERNANDO TRUJILLO POLANCO
--------------	---

RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

Para efecto de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a la 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	

[Handwritten signature]

registrarse en el Libro Civil

Palermo Huila

es fiel Certe tomada del Original

de conformidad con el Art. 414

del Decreto Ley 1260 de 1970

M. N. ☒ R. M. ☐ E. D. ☐

Folio **28192681**

Fecha **16 Julio 2013**

HERNANDO TRUJILLO POLANCO

Registrador Entero Civil

NOTARIA PRIMERA DE NEIVA

La presente es fiel fotocopia de copia que
tuve a la vista.

Neiva,

Notaria

11 DIC 2015

HERNANDO TRUJILLO POLANCO



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL



REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION N°

27102417

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	10	FECHA DE NACIMIENTO	11	12
FEMENINO	=====	24	JULIO	1998	
13	País	14	Departamento	15	Municipio
COLOMBIA	=====	HUILA	=====	NEIVA	=====

SECCION ESPECIFICA

16	17
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NEIVA	4;10am
18	19
CERTIFICADO MEDICO	Dr. Heriberto Achury
21	22
DIAZ SUAREZ	JACQUELINE
24	25
C.C.No.63.433.379 de Vélez (Sder)	COLOMBIANA
27	26
GUZMAN GUARNIZO	HOGAR
30	28
C.C.No.7.702.144 de Neiva	JUAN CARLOS
31	29
COLOMBIANO	22 años
32	33
COMERCIANTE	

34	35
Firma (autógrafa)	Jacqueline Diaz
	JACQUELINE DIAZ SUAREZ
36	37
Nombre:	
38	39
Firma (autógrafa)	
40	41
Nombre:	
42	43
Firma (autógrafa)	
44	45
Nombre:	
46	47
Firma (autógrafa)	
48	49
Nombre:	
50	51
Firma (autógrafa)	

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 POLO ANIA FIERRO
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 13 días del mes de agosto de 1983

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 GUZMAN GUARNIZO

Jacqueline Diaz

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

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

JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO

(61) 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 100 DECRETO 1260 DE 1970.

8500/2012
CARLOS ENRIQUE OLANIA 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	3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	4) Municipio y Departamento	5) Código
	NOTARIA TERCERA	NEIVA (HUILA)	3510

SECCION GENERICA

INSCRITO	6) Primer apellido	7) Segundo apellido	8) Nombres
	GUZMAN	HIAZ	NATALIA
SEXO	9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO	10) Día 11) Mes 12) Año
	FEMENINO	20 FEBRERO	1997
LUGAR DE NACIMIENTO	13) Pais	14) Departamento	15) Municipio
	COLOMBIA	HUILA	NEIVA

SECCION ESPECIFICA

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

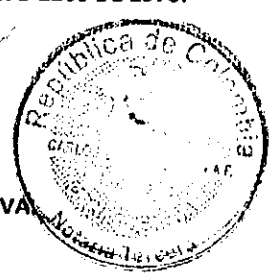
DENUNCIANTE	33) Identificación (clase y número)	34) Firma (autógrafa)
	C.C.No.63.433.379 de Vélez (Sder)	Jacqueline Diaz
	35) Dirección postal	36) Nombre
	Calle 5a No.18=21 Alto Emaya	JACQUELINE DIAZ SUAREZ
TESTIGO	37) Identificación (clase y número)	38) Firma (autógrafa)
	C.C.No.36.184.544 de Neiva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

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 PARRA FIERRO
NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE NEIVA



RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

(99) 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

JUAN CARLOS GUZMAN

Firma del Padre

Nro. Documento de Identidad

7.702.144 de Neiva

Nombre Completo del Padre

JUAN CARLOS GUZMAN GUATELLO

Dirección Residencia

calle 5a No. 18-21 Bucaya

Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JUAN CARLOS GUZMAN GUATELLO

Jacqueline DIAZ

Firma de la Madre

Nro. Documento de Identidad

53.433.370 de Vélez (Vicer)

Nombre Completo de la Madre

JACQUELINE DIAZ SUAREZ

Dirección Residencia

calle 5a No. 18-21 Bucaya

60. Firma del funcionario ante quien

de Neiva

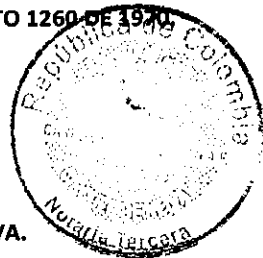
(16) NOTAS

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												IDENTIFICACION No.					
REGISTRO DE NACIMIENTO												1 Parte básica	2 Parte compl.				
22508937												95	10	09	10951		
3 Clase (Notaria, Consulado, Registraduria 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			21 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								
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL												Firma DANE IPTD - 01/07/11					

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 123 DEL DECRETO 1260 DE 1970.

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

Neiva,

El Notario

01 OCT 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

Firma del Padre

Juan Carlos Guzman

Firma de la Madre

Jacqueline Diaz Suarez

Nro. Documento de Identidad

7.702.344 de Neiva

Nro. Documento de Identidad

63.433.379 de Vico (Santander)

Nombre Completo del Padre

JUAN CARLOS GUZMAN GUARIZO

Nombre Completo de la Madre

JACQUELINE DIAZ SUAREZ

Dirección Residencia

Dirección Residencia

Garante No. 28 No. 25-22 Antonio Galán

Garante No. 28 No. 25-22 Antonio Galán

Nombre del Funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre del Funcionario ante quien se hace el reconocimiento

61) NOTAS

JUAN OSORIO MENDEZ

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
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



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.

Servicio Ingreso: CIRUGIA PRINCIPAL- 1 PISO

Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto

Apellidos: GUZMAN GUARNIZO

Nombres: JUAN CARLOS

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

Telefono: 8700531 - 3143487777

Entidad Responsable: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA

Profesión: COMERCIANTE

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

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

Servicio Egreso: CIRUGIA PRINCIPAL- 1 PISO

Tipo Documento: CC Numero: 7702144

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

Sexo: MASCULINO

Tipo Paciente: SUBSIDIADO

Tipo Afiliado: NO APLICA

Estado Civil: UNION LIBRE

Grupo Etnico:

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

Ingreso: 0001090744

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

Página 2/2

Identificación: 7702144

Nombres: JUAN CARLOS

Apellidos: GUZMAN GUARNIZO

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



22/04/2015 11:57:10 a. m. RADIOGRAFIA DE HUMERO

1



MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Medicamento

ACETAMINOFEN 500 mg Tableta

Manejo Extramural



[Firma]

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
Nombres: JUAN CARLOS
Dirección: KKR 28 N 9 10 - JOSE ANTONIO GALAN - TUNJA
Teléfono: 8700531 - 3143487777
Entidad Responsable: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA
Seguridad Social: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA
Estado Civil: UNION LIBRE
Profesión: COMERCIANTE

Tipo Documento: CC Numero: 7702144
Edad: 38 Años 11 Meses 11 Días (09/06/1976)
Sexo: MASCULINO
Grupo: RH:
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Grupo Étnico:

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 la 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	20	<input type="checkbox"/>
Observaciones: 20 SECCIONES DE FORTALECIMIENTO CON TENS			

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

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

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

SOLICITUD

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

DE:

A: Hoip. Maria Inmaculada

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

CC. 7-702144

1er APELLIDO <i>Guzman</i>		2do. APELLIDO (O DE CASADA) <i>Guarnizo</i>		NOMBRES <i>Joan Carlos</i>		No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE RECIBE
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>				
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACIÓN DE PARENTESCO)						No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE RECIBE
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País)						TELEFONO

C. SOLICITUD DE ATENCIÓN

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

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 |

Paciente que cayó de su propio altura, recibiendo trauma en miembros superiores izquierdo. Se observó edema de brazo y deformación ósea.

App = (+) Q = (-) Al = (-)

EF: TA: 140/90 T: 36.5 FR: 20 FC: 96 SpO2: 97%


IPDr: Fractura de Brazo - S 428 - S 423
- Traumatismo M.S.T. - S 42

Se solicite valoración por ortopedia.

Curul de yeso
Diclofenaco 75mg 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	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							

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. SEGUIMIENTO

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

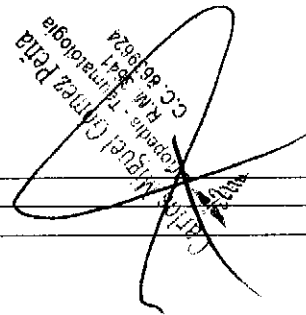
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA.
CON SIGNOS VITALES TA: 110/70 MMHG FC: 74 LPM, FR 18 RPM.
C/C: LESION COSTROSA NECTROTIZADA DEPRIMIDA A NIVEL DE LA FONTANELA ANTERIOR HASTA REGION FRONTAL.
C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: 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.
- CEFALOXINA 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.


 C.C. 2619024
 R.M. 3461774
 Especialista en Ortopedia y Traumatología

 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
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL			D	M	A
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.	1. POP DIA 1 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA + OSTEOTOMIA DE HUMERO. 2. FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO.

Carlos Miguel Guarnizo Peña
 C.C. 8639624
 M.D. 3691
 Ortopedia y Traumatología

John Burke

8-29-14
JAN

Polgren

[illegible]

~~29~~ Octubre

22 Octobre

Dr. Jefferson

09:20 AM

Perdono.

→ Dr Oscar Muñoz - Muñoz.
URos.

Autorizado 26 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:

Observación

Asegurador:

Compañías

Cama

52

A. IDENTIFICACIÓN

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

B. DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO ① Osteomielitis de Húmero izquierdo en tratamiento.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO U OBSTETRICO Ninguno.

TRATAMIENTOS Oxacilina - Clindamicina - Difenaxa

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 húmero izquierdo. Al examen físico con hiper vitales vitales, Conduplicados normales, la secreción característica por tumor proximal de (húmero) brazo izquierdo con dolor y edema local. Se ingresa para inicio de manejo.

2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN

Volviendo por ortopedia para iniciar tratamiento antibiótico y estudios para osteomielitis. Se confirma radiológicamente por lo que se programa manejo antibiótico prolongado. Paciente con evolución favorable, sin fiebre, tomando lo que se le indica, por lo que se intermite a programa de hospitalización en casa quien continúa paciente sub. Se ingresa a hospitalización en casa.



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

MANUAL DE REGISTROS

EPICRISIS

CÓDIGO: PH-HP-FO-009

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 2 de 2

3. COMPLICACIONES

Ninguna

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

Facile

5. PRONOSTICO

Bueno si sigue recomendaciones.

6. RECOMENDACIONES

- Auto medic
- Controlar clare
- Ronitiduo 100 mg 12 h.
- Difenidol 10 mg 12 h.
- Clindamicina 600 mg 12 h (DS)
- Oxacilina 2g 12 h (DS)

7. FECHA Y RESULTADO DE EXAMENES DE DIAGNOSTICO

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

REQUERIMIENTO DE FARMACIA

CÓDIGO: DT-SF-FO-002

FECHA: 11/07/11

VERSIÓN: 01

PAGINA: 1 DE 1

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									
NOMBRE DEL MEDICAMENTO (DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL/NOMBRE GENÉRICO)		CONCENTRACIÓN	PRESENTACIÓN / FORMA FARMACÉUTICA	VÍA DE ADMON	CANTIDAD FORMULADA		DURACIÓN TIO (DÍAS)	DOSIS / FRECUENCIA				
Acetaminofen		500mg	Tub	VO	20	veinte		2 tub c/d h oras si dolor				
Trameto psm - Sulfa		160/600mg	Tub	VU	30	treinta	30	1 tub c/dia				
/				/				/				

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

FIRMA, SELLO Y REGISTRO DEL MEDICO O DENTISTA

USUARIO: MEDICO DENTISTA
MEDICO CIRUJANO
R.M. 8563/2012

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
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

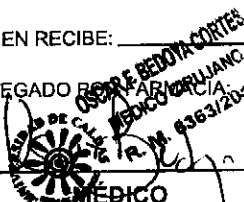
FECHA: 22/10/2014 ENTIDAD: Cif No. ADMISIÓN: 7702144

NOMBRE: Juan Carlos Guzman Guadriño HABITACIÓN No. _____

CANTIDAD SOLICITADA	DETALLE	PRESENT.	ENTREGADO	PENDIENTE
	Control ambulatorio en Ortopedia en 3 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	10	14
							D	M	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.
PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS POR OSTEOSINTESIS HUMERO IZQUIERDO QUIEN INGRESÓ POR URGENCIAS POR CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN DOLOR Y SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN BRAZO IZQUIERDO. AL INGRESO VALORADO POR ORTOPEDIA 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. 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. 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. 22-10-2014. PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS QUE COMPLETÓ TRATAMIENTO ANBIÓTICO ORDENADO POR ORTOPEDIA PARA ISO + CELULITIS DE BRAZO IZQUIERDO. CON BUENA EVOLUCIÓN. SE DA ALTA DEL PROGRAMA CON FÓRMULA MÉDICA Y CONTROL CON ORTOPEDIA POR LA CONSULTA EXTERNA.
COMPLICACIONES NINGUNA
CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN
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 QUIRÚRGICA 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.
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 ORTOPEDIA POR CONSULTA EXTERNA EN 8 DIAS.

1. PROFESIONAL RESPONSABLE


 OSCAR F. BEDOYA CORTES
 F.F.M.A. CIRUJANO
 11/21



Clínica
UROS
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

1er. Apellido

2do. Apellido

Juan Carlos

Nombres

EDAD

SEXO

38

F

☒ M

No. CAMA

SERVICIO

Corporación

SEGURIDAD SOCIAL

ORDENAMIENTO

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

FECHA

HORA

22/10

14

EVOLUCIÓN

ÓRDENES

Ortopedia

POP osteosíntesis de húmero
izquierdo (28/08/14)
posterior a ISD de húmero
en manero en Anticoag.
pre-RX de húmero izquierdo
de hace 10 días que evidencian
fractura diáfisis de húmero
alineado con material de
osteosíntesis en posición
de: pronado externo y deformidad
en brazo izquierdo. fistula en
herida GXI con escasa secreción
serosa.

Plm. Aislar por urgencias para
turno de RX de húmero
Aflojamiento de material de
osteosíntesis

Dr. Jefferson Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
R.M. 1321 / 71725.841
FUSM

 <p>CLÍNICA PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES NIT. 813.011.577 - 4</p>	REGISTROS MEDICOS								
	EPICRISIS Y/O CONTRARREFERENCIA		<table border="1"> <tr> <td>29</td> <td>10</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> </table>	29	10	14	D	M	A
	29	10	14						
D	M	A							
FECHA									

GUZMAN			JUAN CARLOS		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		
38 AÑOS			206-1		
206-1			1123232		
22/10/2014			COMFAMILIAR		
7702144			HISTORIA CLINICA		
EDAD			CAMA		
ADMISIÓN			INGRESO		
ENTIDAD			HISTORIA CLINICA		
22	10	2014	URGENCIAS		
29	10	2014	HOSPITALIZACIÓN		
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL		
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL		
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 CEFTRADINA. 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. CEFTRADINA 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. Jefferson 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							

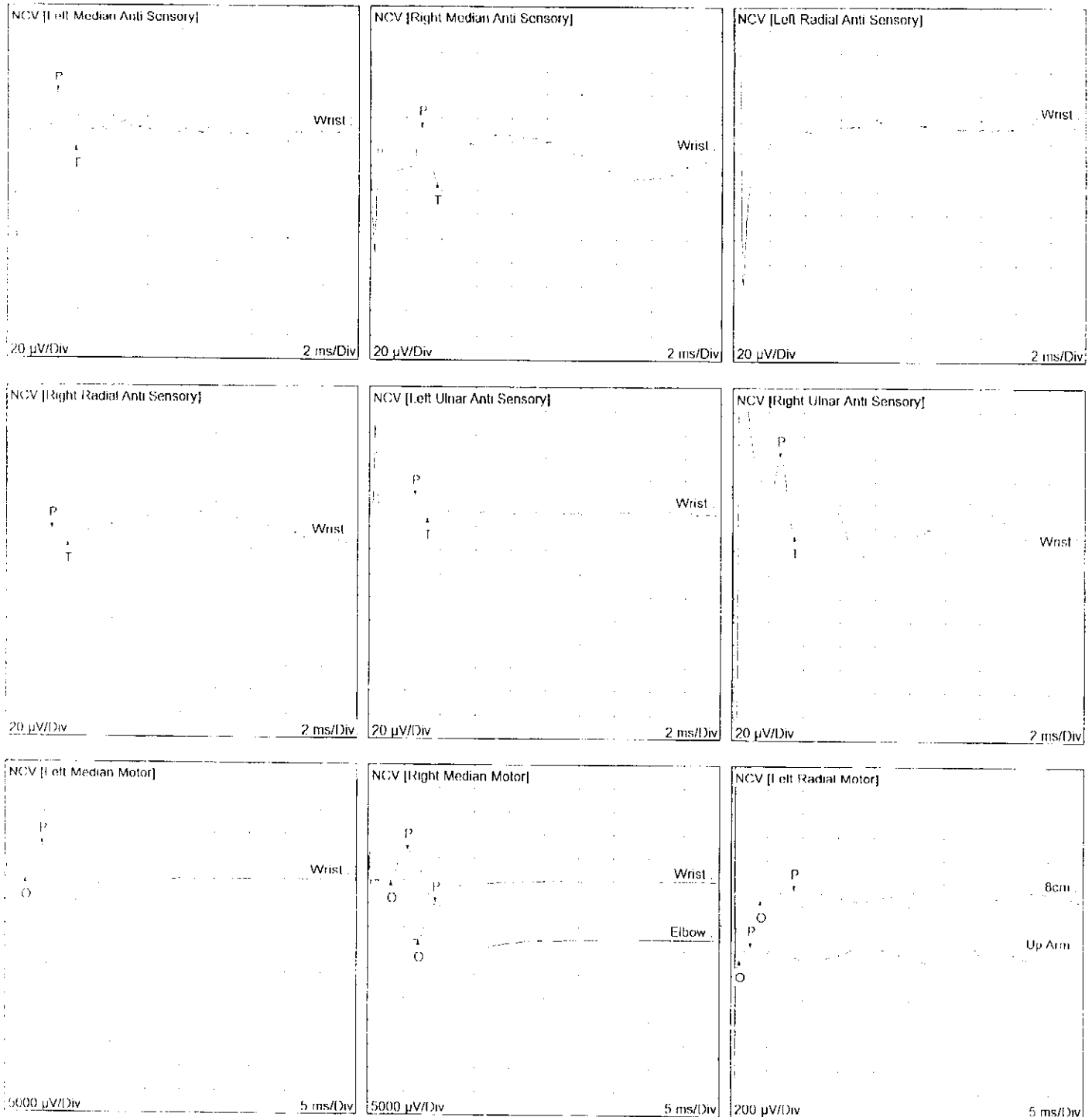
F Wave Studies

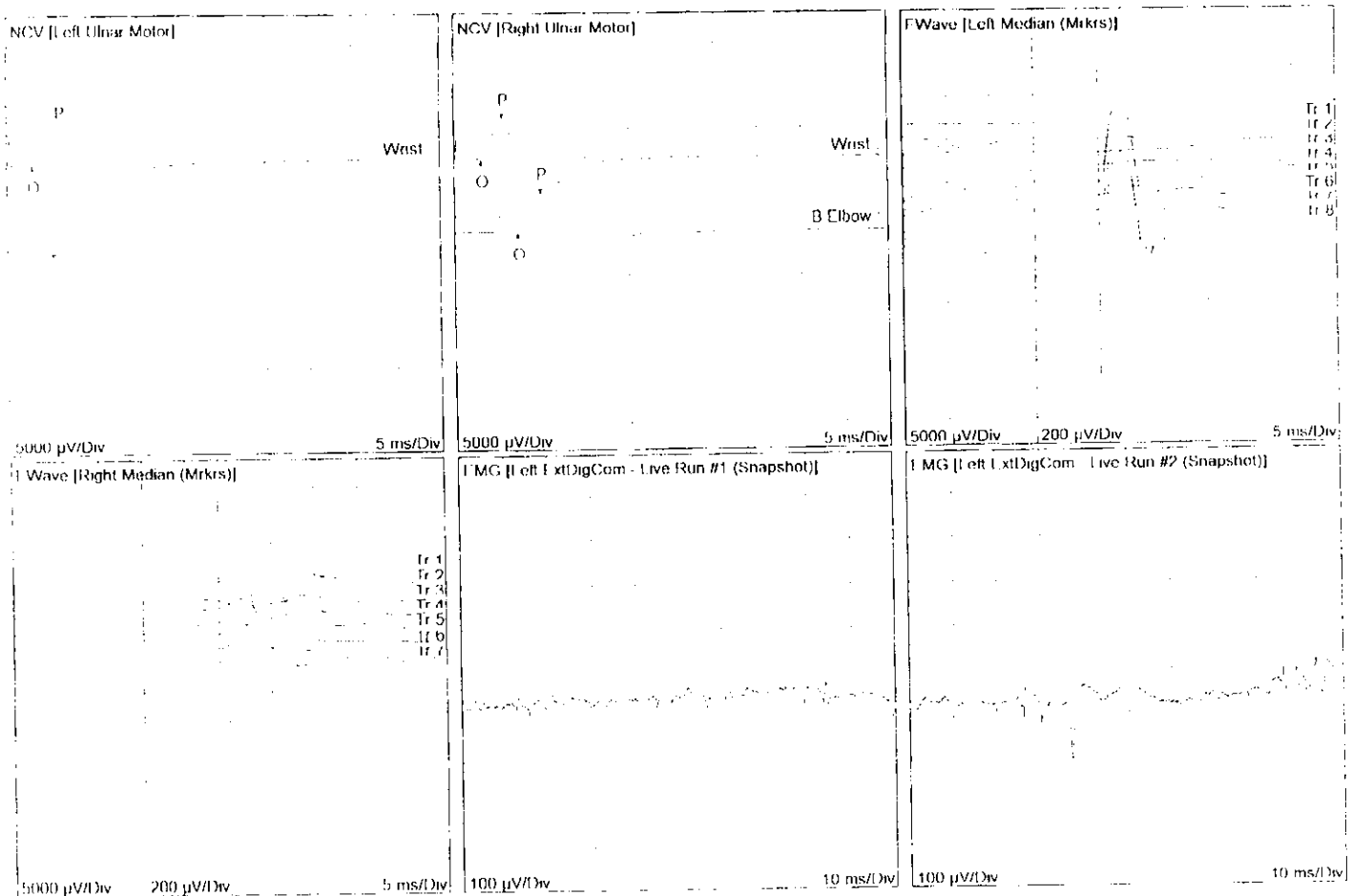
NR	F-Lat (ms)	Lat Norm (ms)	L-R F-Lat (ms)	L-R Lat Norm
Left Median (Mrks) (Abd Poll Brev)				
	22.41	<33	1.49	<2.2
Right Median (Mrks) (Abd Poll Brev)				
	23.90	<33	1.49	<2.2

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 indicis proprius 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

RM 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 POLANIA TORRES

Director Medico

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: CCT
Fecha: 08. Sept. 2014 Hora: 9.27. AM.
Nombre: Juan Carlos Goffman Doc. Identidad: 7732144 Edad: 38 años

MOTIVO DE CONSULTA: Acidos Ojeros de 9 días de dolor en
herida quirúrgica de Bazo Rizado, pasado 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: Mangle, Herida Abierta con I. Exposición de
Tejido Celular Subcutáneo y Músculo Steffany

Impresión Diagnóstica Dehiscencia de Sutura

CLASIFICACIÓN TRIAGE: I ☐ II ☒ III ☐ IV ☐

FIRMA DEL MÉDICO



Clínica
UTO
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

A- IDENTIFICACIÓN

No: 79344

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

B - LLEGADA DEL PACIENTE

FECHA 08-09-19 9-07		EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS? SI		EN QUÉ ESTADO LLEGÓ EL PACIENTE		Conciente <input checked="" type="radio"/>	
Día Mes Año Hora		NO <input type="radio"/> CUAL				Inconsciente <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"/>	
HORA INICIO ATENCIÓN				Notificación a Servicio de Salud <input type="radio"/>			
Día Mes Año Hora		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 osteosíntesis de humero izquierdo, presentando dehiscencia de herida quirúrgica, con herida abierta desde hace el día de inicio hospitalario, con granulación sanohemática, no dolor, no secreción purulenta, no síntomas de infección.



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

PLANIFICACIÓN

Ex. Humano Hg + Osteosarcoma.

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"/>	muñeca oral humada, cuello móvil sin
Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trico, correa nítida pulmonar sin
ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	agregados, glándulas salivales 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 manual de osteosarcoma y
Neurológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trizado celular subcutáneo. Percepción de
G.U.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	inmatura. no signos de infección.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TRIAGE

1. Delirancia de herida COD CIE - 10 _____
2. Quirúrgica COD CIE - 10 _____
3. Por osteosarcoma COD CIE - 10 _____

CONDUCTA

1) Valoración por Ortopedia.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

E. SALIDA DEL PACIENTE (Resumen)

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



clínica
UROSSA
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

IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN HC

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

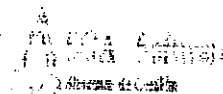
8-09-14
11h

Obstrucción
Obstrucción de la vía urinaria
con presencia de
hematuria y
presencia de
sedimento en
orina
por lo tanto
se indica
el ingreso a
hospital para
realizar estudio
de imagen
con fines
diagnósticos
se recomienda
hospitalización
por parte
del
Dr. Carlos
en su
consulta

Carlos Miguel Gómez Peña
C.C. 8637824
R.M. 3642
Urología - Radiología




EPS-S COMFAMILIAR HUILA



Opciones: Inicio EPS-s Red Afiliados Iaps Res4505

[Salir](#)**OPCIONES DE BUSQUEDA,**

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 COMFAMILIAR HUILA

Identificación
* del Afiliado CC-19000111
Tipo-Número

CC-19000111**DATOS AFILIADO**

Municipio de Residencia	(41001) NEIVA-HUILA
Identificación	CC-7702144
Apellidos	GUZMAN GUARNIZO
Nombres	JUAN CARLOS
Sisben	Nivel 1
Pertinencia Étnica	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	Optometría + lentes y monturas (C)	OPTICA ALEX y/o MARISOL LELIS GUTIERREZ
7	Atención Patología Cáncer (PP)	UNIDAD ONCOLÓGICA SURCOI OMAR JANA 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 PACÍFICO S.A.S

Versión 6.0

Copyright © SGA-Software Sistemas de Gestión Ltda. Todos los Derechos Reservados.
Bogotá, Colombia - Sur America.[Licencia de uso](#) | [Contacto](#) | Mon, 08 Sep 2014 09:57:54

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

Lunes, 08 de septiembre de 2014

Mapa del Sitio

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

[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 Contratación Del Régimen Contr](#)

[Régimen Subsidiado Contratación](#)

[Información de Glosa](#)

[Cajas de Compensación](#)

[Ejecución Presupuestal](#)

[Estados Financieros](#)

[Mallas Validaciones](#)

[Estadísticas](#)

Afiliados BDUA

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



Clínica
UROS
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

Burman

1er. Apellido

2do. Apellido

Juan Carlos

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)
pósterior a ISO de húmero
en manero en Antico
proe rx de húmero izquierdo
de hace 10 días que evidencia
fractura diafisiar de húmero
alineado con material de
osteosíntesis posición
DE: preexistente edema y deformidad
en brazo izquierdo, fistula en
herida 9x7 con escasa secreción
serosa.

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


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


**COMFAMILIAR
EPSS**
EPS-S COMFAMILIAR HUILA

SGA-Software
Sistema de Gestión


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-190001111,

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-190001111
 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	2014-08-29 18:10:24
Regimen	SUBSIDIADO

Servicios médicos

N°	Servicio	Prostador
1	Medicamentos baja ambulatorios (capitado)	COMFAMILIAR 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)	COMFAMILIAR 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 GUTIERREZ
7	Atención Patología Cáncer (PP)	UNIDAD ONCOLOGICA SURCOLOMBIANA 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

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
CAJA DE COMPENSACIÓN ACTIVO	FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILAR"	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 3 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 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 remitirse 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.

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 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				

A. DIAGNOSTICO

A. DIAGNOSTICO		CÓDIGO CIE 10
DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y RELACIONADOS		
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

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 DIAFIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA CON PLACA DCP + OSTEOTOMIA DE HUMERO, ENCONTRANDO FRACTURA DIAFIARIA 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

4. CONDICION DEL PACIENTE A LA EXTRACCIÓN:
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA.

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES TA: 110/70 MMHG FC: 74 LPM, FR 18 RPM.

C/C: LESIÓN 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.

NEUROLÓGICO: 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.

5429 1108651

 Clínica UDO PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES NIT: 813.011.577-4	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	SEXO	DOCUMENTACIÓN					
38	M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>	C.C. <input checked="" 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							
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Nombre, Relación de Parentesco o Amistad)							
ENTIDAD		CONDICIÓN DEL USUARIO			CÓDIGO AUTORIZACIÓN		
CA		Vinculado <input type="radio"/> Subsidado <input checked="" type="radio"/> Contributivo <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			294144		

B - LLEGADA DEL PACIENTE

FECHA	EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS?		EN QUÉ ESTADO LLEGÓ EL PACIENTE	
22-8-17 6:46	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> CUÁL <u>Carro</u>	Conciente <input 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 c/so
Ant. Patológicos <input type="radio"/>
Alergicos <input type="radio"/>
Gx <input type="radio"/>
Traumáticos por enf. Actual
hospitalarios <input checked="" type="radio"/> Oloro duodenal
Familiares: Madre HTA



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

MANUAL DE REGISTROS

HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-AC-FO-012

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 2 de 2

ANTECEDENTES

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

PLANIFICACIÓN: ☒ ☒

EXAMEN FÍSICO

TA 120/80 FC: 70 lpm FR: 18 lpm T: 36.4

PESO: 74

Especifique los datos positivos

Adaptable estado general, hidratado.

Cabeza

☒ Normocefalo

Ojos

☒ Escleras anictericas conjuntivos normocromicos

ORL

☒ mucosa oral hmeda

Cuello

☒ movil no se palpan masas

CP

☒ Sin Adenopatias

Abdomen

☒ Blando depresible no doloroso no irritacion peritoneal

Extremidades

☒ Edema equimosis en Bazo 12 cm de diámetro con

Neurológicos

☒ Sin alteracion y limitacion de movimientos

G.U.

☒ Sin cambios

N: Normal
AN: Anormal

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TRIAGE

1. Fractura humero radial izquierda

COD CIE - 10 5429

2.

COD CIE - 10

3.

COD CIE - 10

CONDUCTA

- CANALIZAR

- SSN 0.9% pain a 80 cc/h

- Difenidramina 10 mg IV cada 6 horas lento y diluido

- Valoracion por ortopedia

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Dr. José Antonio Quintana
Médico Cirujano
C.C. 1075245235

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 <input type="radio"/>	NOMBRE
					CONSULTA EXTERNA <input type="radio"/>	INSTITUCIÓN <input type="radio"/>	CIUDAD
					OTRO <input type="radio"/>	CUAL	

**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 Duración: 01:30:00

Cirujano: JEFFERSON PERDOMO CORDOBA

Especialidad: ORTOPEDISTA

Clase Cirugía: Limpia: ☒ Contaminada: ☐ Sucia: ☐ Anestesia: General: ☒ Regional: ☐ Local: ☐

Anestesiologo: CARLOS A RIVERA

Ayudante: HANSEL STEVEN LIS BOLAÑOS

Instrumentador: FREDY 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 NERVIO RADIAL CRUZANDO EL FOCO DE FRACTURA CON CALLO OSEO BLANDO, SE REALIZA OSTEOCLASTIA, 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 C. C. 7725.941
U.S.M.
Firma

8

INFORME DE ANESTESIA

A. IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD										No. HISTORIA CLÍNICA																																																	
1er. Apellido										2do. Apellido (o de casada)										Nombres																																							
FECHA										EDAD										SEXO										TALLA (cms)										PESO (kg)										RIESGO ASA									
29/08/14										30										<input checked="" type="radio"/> H <input type="radio"/> M																														1 2 3 4 5 U									
Día Mes Año Hora										Años Meses Días										H M																																							
SERVICIO										SALA O CUARTO										No. CAMA										ANESTESIAS PREVIAS																													

B. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

TEM.	F.R.	F.C.	T.A.	H.B.	HTO	GLIC	CREAT	BUN	T.P.	T.P.T.	I.N.R.				TYA PROT	FUMA	BEBE	GRUPO	RH
		170	110/60												W	W	W		
DIAGNÓSTICO																			

DIAGNÓSTICO	+ N. 2	6791
-------------	--------	------

OPERACIÓN PROPUESTA

H A } PATOLÓGICOS-QUIRÚRGICOS-ALÉRGICOS-ANESTÉSICOS-FARMACÉUTICOS-OTROS

TE
OC
RE
ID
AE
NT
YT

ESPECÍFICO:

ESPECÍFICO: *Alta Vowel* *Freeb.* *c/c* *Normal*
c/p *Normal* *Advance* *Normal* *s/w* *Normal*

FACILIDAD	INT TOT	(SI) NO	NO AREA	DIENTES	CUELLO
HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO					
A TIPO	BLOQUEO	R Y P PLAN	ESTADO PSICOLÓGICO		
A PERIDURAL	ESPINAL	GENERAL	Cerebral		
PRE FIE RE	ACEP TA	RE CHA ZA	NECESITA SANGRE	PREMEDICACIÓN	
			no	no	

C. POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

POSICIÓN												OTRAS
E	A											CIDN
C												EXCITA
RESPIRACIÓN												RECUPERACION
												CONCIENCIA
42	150											HEMORRAGIA
40	17											DIURESIS
38	160											REFLEJO
36	15											SENSIBILIDAD
34	140											PIEL
32	13											COMENTARIOS
30	120											
28	11											
26	100											
	9											
	80											
	7											
	60											
	5											
	40											
	3											
	20											
	1											
HORA												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
												10
												11
												12
TOTALS												HORA SALIDA Y MOTIVO
1	2											FIRMA
4	5											
7	8											
10	11											

28/08/14

DIAG. PREOPERATORIO:

Ex Hureno 2y

DIAG. POST OPERACIÓN

2da

OPERACIÓN

Reducción de la Ex Hureno 2y

ANESTESIOLOGOS:

A. Pizarro

CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO

LÍQUIDOS

SÓLIDOS

LOCAL:

BLOQUEO:

GENERAL:

CAUDAL:

OTRA:

DISOCIATIVA:

EPIDURAL:

ESPINAL:

ESPACIO:

NIVEL:

AGUA:

POSICIÓN:

OT No.

NT No.

RESPIRACIÓN:

E

OT No.

E

NT No.

SPO2

Ek6

ETCO2

PULSO

RESPIRACIÓN

T.A.

INDUCCIÓN

INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN

NEONATO

MASC.:

FEM.:

P.V.C.

XXX

T°

TORNQUETE

E.C.G.

1 AL 5 LÍQUIDOS

6 AL 15 DROGAS

HORA:

AGENTES

150, 97, 1500

Propofol 0,3/1/1

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO:

Consciente

ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO:

Consciente

OBSERVACIONES

Causa de la anestesia

Anestesia B-500 no usada

No se usó Sufentanil en anestesia

Sufentanil 0,3/1/1

no usada

Causa de la anestesia

Causa de la anestesia

FIRMA Y CÓDIGO



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

CODIGO: PQ-CI-FO - 023

FECHA: 01 - 06 - 2013

VERSIÓN: 00

PAGINA: 1 de 1

FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRURGICA

ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)

<input checked="" type="checkbox"/> El paciente ha confirmado: - Su identidad - El sitio quirúrgico - El procedimiento. - Consentimiento informado
<input type="checkbox"/> Demarcación del sitio quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> No procede
<input checked="" type="checkbox"/> Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia
<input checked="" type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento
<input checked="" type="checkbox"/> Verificado instrumental / equipo quirúrgico / prótesis. ¿Tiene el paciente? ¿Alergias conocidas? No <input checked="" type="radio"/> Si, <input type="radio"/> ¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? No <input checked="" type="radio"/> Si, y hay instrumental y equipo/ ayuda disponible Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños) No <input checked="" type="radio"/> Si, y ha previsto la disponibilidad de acceso IV y líquidos adecuados

PAUSA QUIRURGIA (antes de la incisión cutánea)

<input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
<input checked="" type="checkbox"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: - paciente - sitio quirúrgico - procedimiento - posición - sondaje
Previsión de eventos críticos <input checked="" type="checkbox"/> El Cirujano revisa: ¿cuáles son los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista?
<input checked="" type="checkbox"/> El Anestesiólogo revisa: si el paciente presenta algún problema específico
Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No procede
Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No procede

SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)

La enfermera confirma verbalmente con el equipo: <input checked="" type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado <input checked="" type="checkbox"/> Los recuentos de compresas, agujas e instrumental son correctos <input type="checkbox"/> No proceden
<input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente, Número de HC, fecha) <input checked="" type="checkbox"/> No procede

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

<input checked="" type="checkbox"/> El cirujano, anestesiólogo y enfermero revisan los principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente
¿Necesita profilaxis tromboembólica? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<div>Cirujano </div> <div>Anestesiólogo </div> <div>Enfermera </div> <div>Instrumentador </div>

Nombre Paciente: **JOAN CARLOS GONZALEZ**

Procedimiento:

Historia Clínica: **7 de 2014**

Fecha: **28 de 2014**



Clínica
UTO 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 Gurmán 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 ENTREGA

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

MÉDICO

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

Fredy S. S. Santos
INSTRUMENTAL QUIRURGICO
C.C. 160889388
F.U.S.M.

PACIENTE

IMPREDICOL LTDA. - NIT 813.001.747-7 - Tel: 8721204 Neiva



Cra. 6 No. 16-35 PBX: 872 5000
Neiva - Huila

SIN ☐ GENERAL ☒
LOCAL ☐ OTROS ☐

Registro Anestesia: Dr. Pineda - 1108661.
Nombre: Juan Carlos Cármona Edad: 36 Cama: H.C.L. No.: 7702144
Fecha: 28-08-14 Entidad: Antioquia Duración:
Cirujano (s): Dr. Pineda P. 1er. Ayudante: Dr. Asena 2do Ayudante:
Instrumentador: Fredy Rojas Circulante:
Intervención: Reducción abierta de hueso codo derecho

Grupo Quirúrgico () () () () ()
Total Horas: Hora de Entrada: 10:50 Hora de Salida: 13:30

CONSUMO DE MATERIALES QUIRÚRGICOS

PRODUCTO	REF.	CANT.	PRODUCTO	REF.	CANT.
ANESTÉSICOS Y AFINES					
OXIGENO		120 litro			
ISOFLURANO			BROLENE	20	5026
PENTOTAL SÓDICO					
ROXICAINA SOLUCIÓN 2% SIN		1			
ROXICAINA SOLUCIÓN 2% CON					
ROXICAINA JALEA					
FENTANYL		1	VICRIL	1	51
SEVORANTE		100 cc			1+1
ATROPINA					
MIDAZOLAN		1			
BUPIROP 0.5 %					
PROSTIGMINE			CATETER URETRAL		
DIAZEPAN					
QUELICIN	1cc				
ADRENALINA DETAMINE					
TRAMAL X 100 amp.					
DIPIRONA Amp. x2gr		1			
CEFAZOLINA Amp. 1gr		2	OTROS ELEMENTOS		
ELECTRODOS		3	EQUIPO VENOCISIS		
S. KINEX X 500 C.C.		4	EQUIPO EXT. ANESTESIA		
S.S.N. X 100 C.C.		3+	QUICK CATH		
Diclofenaco x 10mg		1	AGUJA INSULINA		
Dexametazona x 4mg		1	JERINGA INSULINA		
Placa y 4 puz electro		140	AGUA DESECHABLE	1-10	1
TV 07 x 3.5		1	SPINOCAN		
Propofol		1	BURETOL		
Peritentanil		1	LLAVE DE 3 VIAS		
SUTURAS			JERINGA DESECHABLE DE 5 C.C.		2
CATGUT SIMPLE			JERINGA DESECHABLE DE 10 C.C.		2
EFORTIL AMP.			JERINGA DESECHABLE DE 20 C.C.		
S.S.N. 41 x 100		1			
eq. bombax		1			
Acido tranexámico		6			
CATGRUT CROMADO			ISODINE SOLUCIÓN	x120	2
Verdazil electrodo		2	C.R.I.		
			ISODINE ESPUMA	x120	2
			CIDEX		
			LIGA UMBILICAL		
			APOSITO ESPECIAL		1
			COMPRESAS		10
SEDA			DRENES		
			AGRAFES		
			GASAS PAQ	x4	4
			MECHAS		
			APOSITO		
ETHILON.			HOJAS DE BISTURI	x20	
			GUANTES	612	2
				312	4
				8	1

Jefferson Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7 723.941
R.U.S.M.

FIRMA MÉDICO

Fredy S. Rojas Santos
C.C. 7 723.941
R.U.S.M.

FIRMA ENFERMERA

**CLÍNICA UROS
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS
INGRESO A PISO**

GUZMAN		GUARNIZO			JUAN CARLOS
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE
38 AÑOS	206-3	1108851	27/08/14	COMFAMILIAR	7702144
EDAD	CAMA	ADMISION	INGRESO	ENTIDAD	HISTORIA CLÍNICA

FECHA: 27/08/14	HORA: 23+30	ORDENES MÉDICAS
INGRESO A PISO PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: 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. ANTECEDENTES: PATOLOGICO: NIEGA. QX: NIEGA. ALERGICO: NIEGA. TOXICO: NIEGA. FARMACOLOGICOS: NIEGA. SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE UN BIEN, SIN DOLOR, SIN FIEBRE, SIN EMESIS, TOLERANDO LA DIETA. EXAMEN FISICO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL. CON SIGNOS VITALES TA: 120/80 MMHG, FC 70 LPM, FR 18 RPM, T: 36.8°C, SO2 98%. C/C: MUCOSAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS. C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES: SIN EDEMAS. PULSOS PALPABLES, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO POR FERULA DE YESO POSTERIOR. NEUROLOGICO: ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. DIAGNOSTICOS: 1. FRACTURA DE HUMERO IZQUIERDO. ANÁLISIS: INGRESA A PISO PACIENTE DE 38 AÑOS, CON FRACTURA DE HUMERO IZQUIERDO, QUIEN ES LLEVADO A CIRUGIA PARA REALIZACION DE OSTEOSINTESIS DE HUMERO, PERO POR INCONVENIENTES DE FUERZA MAYOR NO SE REALIZA PROCEDIMIENTO, SE TRASLADA A PISO. ACTUALMENTE PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON DOLOR CONTROLADO, EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA. PLAN: CONTINUAR IGUALES ORDENES MÉDICAS. MANEJO POR ORTOPEDIA. PENDIENTE OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO.		1. NADA VIA ORAL. 2. SSN PASAR A 80CC HORA. 3. DIPIRONA 1G IV CADA 6 HORAS. 4. RANITIDINA 50MG IV CADA 8 HORAS. 5. PENDIENTE OSTEOSINTESIS DE HUMERO DERECHO CON PLACA DCP MAÑANA. 6. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS. 7. SUSPENDER RESTO DE ORDENES ACA NO DESCRITAS. <div style="text-align: right;"> <i>Juan Pablo Camacho</i> MEDICO - USCO C. C. 1075.229.325 </div>

Juan Pablo Camacho
 MEDICO - USCO
 C. C. 1075.229.325

15



clínica
UROSAL
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 812.011.577 - 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

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

ÓRDENES

28 08 14

Nota Operativa

Dr Presx fx diafisaria de humero
12g izquierdo
Dr Postx IDEM
procedimiento osteosintesis de
humero 12g izquierdo con placa
cirujano: Dr Perdomo
Surgido: 500 cc

Phm - Traslador a Piso ✓
- H. Ringers 100cc/h ✓
- Dipirino 2g IV 6h ✓
- Tramadol sumo 10/8h ✓
- Cefalotina 1g IV 6h ✓
- Rx humero 12g ✓
- Salida mm ✓

[Firma]
C. Perdomo
Enfermera Universidad Mariana

Jefferson Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725.941
F.U.S.M.

Margarita Tobias B.
Enfermera U.S.M.
C.C. 7725.941
F.U.S.M.



EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

PAGINAS 1 de 2

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

HORA

EVOLUCION

ÓRDENES

29-874

EVOLUCIÓN

Pluch IR niger

of supports

by English

27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 86

100% of energy

9. Superior es

transform or be

condensum Amylch

de Buenos Aires y México

Leah Schmitt


[Handwritten signature]

Carlos Miguel Gómez Peng
Chopchop Rm. 304
C.C. 8639674

10 Poluk

✓ Answer

P. 20/21



clínica **Las Condes**
Para ti solo tenemos soluciones
MT 032011577-2

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-004

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 1 de 2

HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIOS

IDENTIFICACIÓN

Carrman Quirós Juan Carlos

1er. Apellido 2do. Apellido Nombres

38 CX

EDAD SEXO SERVICIO

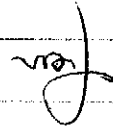
11086571

No. de Admisión

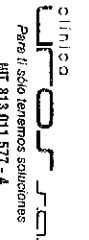
Compensar

SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	2008-14														OBSERVACIONES
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	
CEFAZOLINA 1g, 11:00															
2g															
Dipirona 2g, 11:20/14															
Dexametasona 11:00/14															
Diclofenaco 75mg, 11:40															
Morfina 3mg															includido.
Galun 1u, 11:00															
Propofol 12cc, 11:00															
Fentanyl 3u, 11:00															
Muonidun 1u, 11:00															
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE															
															

Handwritten mark



CÓDIGO: BS EE EQ 004

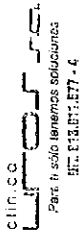
202503

VERSION: 00

PAGINAS	2 de 2
---------	--------

[illegible]

FECHA		26-08-14												OBSERVACIONES				
Solución	Mezcla	Goteo	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
SS No. 07 x 3000		10:50																
		11:20																
		11:45																
		12:45																
Demerol 1 ampolla 11:00																		
en SS No. 07 x 1000																		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE																		
Pau																		
FECHA																		
INSUMO																		
CANTIDAD																		
ACTIVIDAD																		
RESPONSABLE																		
	electrodos - SS No. 07 x 1.0000	3 yds																
	Placa y tapa electrodos - T.O + 475	4 yds.																
	Agua + B - 475 No - eq. bomba XL	140																
	750 x 1000	3 yds																
	quienes 012, 3, 711, 18	2-4-1-4																
	vendaje electrodos	2																
L. B. del																		
D. S. R.																		



PS-EF-FO-004

20-02-09

20-02-09

88

1 de 2

TOJA DE MEDICAMENTOS E NEFROSES HOSPITALARES

IDENTIFICAZIONE

Ínc. de Admisión

Nombre: Juan Carlos

Quinn

Nombres

1997

1997

2

2

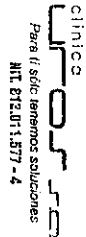
SERV: CIO

SERV: CIO

2009

1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110
2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140
2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170
2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209
2210
2211
2212
2213
2214
2215
2216
2217
2218
2219
2220
2221
2222
2223
2224
2225
2226
2227
2228
2229
2230
2231
2232
2233
2234
2235
2236
2237
2238
2239
2240
2241
2242
2243
2244
2245
2246
2247
2248
2249
2250
2251
2252
2253
2254
2255
2256
2257
2258
2259
2260
2261
2262
2263
2264
2265
2266
2267
2268
2269
2270
2271
2272
2273
2274
2275
2276
2277
2278
2279
2280
2281
2282
2283
2284
2285
2286
2287
2288
2289
2290
2291
2292
2293
2294
2295
2296
2297
2298
2299
2300
2301
2302
2303
2304
2305
2306
2307
2308
2309
2310
2311
2312
2313
2314
2315
2316
2317
2318
2319
2320
2321
2322
2323
2324
2325
2326
2327
2328
2329
2330
2331
2332
2333
2334
2335
2336
2337
2338
2339
2340
2341
2342
2343
2344
2345
2346
2347
2348
2349
2350
2351
2352
2353
2354
2355
2356
2357
2358
2359
2360
2361
2362
2363
2364
2365
2366
2367
2368
2369
2370
2371
2372
2373
2374
2375
2376
2377
2378
2379
2380
2381
2382
2383
2384
2385
2386
2387
2388
2389
2390
2391
2392
2393
2394
2395
2396
2397
2398
2399
2400
2401
2402
2403
2404
2405
2406
2407
2408
2409
2410
2411
2412
2413
2414
2415
2416
2417
2418
2419
2420
2421
2422
2423
2424
2425
2426
2427
2428
2429
2430
2431
2432
2433
2434
2435
2436
2437
2438
2439
2440
2441
2442
2443
2444
2445
2446
2447
2448
2449
2450
2451
2452
2453
2454
2455
2456
2457
2458
2459
2460
2461
2462
2463
2464
2465
2466
2467
2468
2469
2470
2471
2472
2473
2474
2475
2476
2477
2478
2479
2480
2481
2482
2483
2484
2485
2486
2487
2488
2489
2490
2491
2492
2493
2494
2495
2496
2497
2498
2499
2500
2501
2502
2503
2504
2505
2506
2507
2508
2509
2510
2511
2512
2513
2514
2515
2516
2517
2518
2519
2520
2521
2522
2523
2524
2525
2526
2527
2528
2529
2530
2531
2532
2533
2534
2535
2536
2537
2538
2539
2540
2541
2542
2543
2544
2545
2546
2547
2548
2549
2550
2551
2552
2553
2554
2555
2556
2557
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564
2565
2566
2567
2568
2569
2570
2571
2572
2573
2574
2575
2576
2577
2578
2579
2580
2581
2582
2583
2584
2585
25

[illegible]



CÓDIGO: PS-EF-FO-004

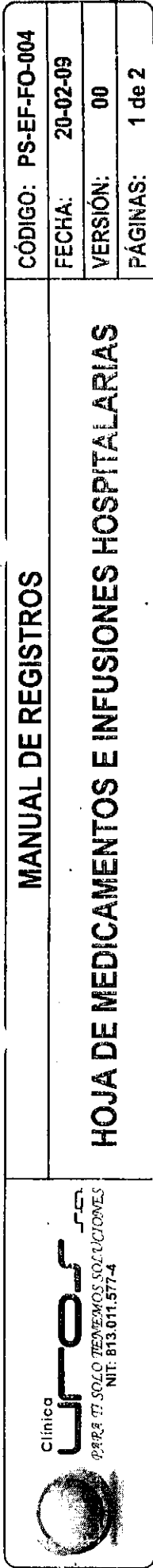
FECHA: 20-02-09

VERSION: 00

PAGINAS 2 de 2

REGISTRO DE INFUSIONES E INSUMOS

[illegible][illegible]



Gutman	Garnizo	Juan Carlos	No. de Admisión
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre	1108651

Sediment

Seguridad Social

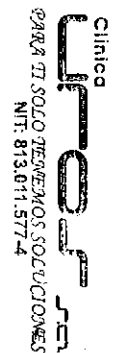
REGISTRO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	27-8-14			28-08-14			29-8-14												OBSERVACIONES
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Dipirona 2gr IV q 6h.		6	20	20					20	20									
Ponitidino 5mg 10 c/a h.				24	20														
Tramadol x. 5mg Tve / 8h.				8															
Cephalotina x 1gr. IV c/6h.			24	10					24	10									
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE																			

**NOMBRES Y APELLIDOS
DEL RESPONSABLE**

AUX DE ENFERMERIA

[illegible]



2063



clínica
UROCA
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.811.577 - 4

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:

Jacobs Azmon

Fecha:

27/8/14

Edad:

38

Sexo:

M ☒ F ☐

Pieza

Clf

Cama

028

FECHA

HORA

FIRMA DE ENFERMERIA

27/8/14 007

pt llega ambulancia para
cuyo. Se realiza con
gel con una resaca con
SSN 450 pt se da a
sala de cirugía con 80
fluoroscopia, se an-
dizan con 18 se da
con una resaca con 18
triglo. Se da a
comparto de 18. Se da a
bravo 5. Se da a
pasando 18. Se da a
adecuado, con 18. Se da a
18. Se da a
naso (p) CSV-AK gran-
o de 18. Y CX -

27/8/14 8:00

Paciente en un-
dad de observación de
pista abierta afección
5. Se da a
sala 5. Se da a
a 18. Se da a
de 18. Se da a
paciente el cual se
encuentra en estado de
preocupación x 18. Se da a
preocupación de
sala de CX. Se da a
Urbano -

27/8/14 9:00

Se brinda pta a sala
de CX en unipol de
18. Se da a

ANILAR DE ENFERMERIA
C.C. 10752-3640
Resol. 592

OLIVIA MARIA ESCOBAR II
AUX. ENFERMERIA
C.C. 55082-339 - COD. 120
ECSALUD

OLIVIA MARIA ESCOBAR II
AUX. ENFERMERIA
C.C. 55082-339 - COD. 120
ECSALUD

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

Carrera 6 N°. 16 - 35 PBX: 8725000 FAX: 8755864 - Neiva - Huila
Consulta Especializada Calle 16A N° 6-40 e-mail: servicioalcliente@clinicauros.com

IMPRESO POR SAN LITOGRAFIA Y COMERCIALIZADORA CEL. 314 330 2812 - TEL. 8777107



clínica
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	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA DE ENFERMERIA
27-8-14	18+30	usando el cal es cubierto la ex y se decide dar paseo en 2º piso. Se pusieron en camillero concurte, alerta, tranquilo en compañía del con señalar HCl con consentimiento de la familia + CD del Paciente. — Piller	
27-08-14	18+30	Ingresó y quedó usua rio masculino de 38 años de edad con diagnó stico médico. Fue traído de Humero ingresado procedente de sala de li ngüa a hospitalización segundo piso. Pasó a sala el llamado con pañero por su familia. pendiente la mañana	Carlos Martínez Nº de Registro Pac 1000-118-027-003
27-8-14	19h	Reuso curso de Sexo Masculino de 38 años de edad en la unidad del 2do cu. Dx: Ex de Humero + 2º cu. usando con 1er pasando SSNOG x 500cc a 50cc/h. p con sin paten respirato rio pl ex mantene 28-8-14 6h	
28-8-14	6h	continúa curso en la unidad con igual manejo. No presenta malestar alguno reuso y turno. + 1er medio ordenado. usando con	Carlos Martínez Nº de Registro Pac 1000-118-027-003

206-3



clínica
UROS
Para ti sólo tenemos soluciones
TEL. 818.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

NOTAS DE ENFERMERIA

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	FIRMA DE ENFERMERIA
		Leu pasando SSN 0.9 x 500 cc a 800 cc. Elmo no A' expectorantemente el CX hoy qum.
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 d/ llamada, atebnl, consciente, con buen patron respiratorio, con ceo permeables pasando SSN 0.9 x 500 cc a 800 cc h, con su estables p/ osteo síntesis de homero derecho
29-08-14	08:35	Se sube usuario a solos de a para su respectivo proce- dimiento, alerta d llamada, atebnl, consciente, con buen patron respiratorio, con acee- so venoso permeable, con lizado con yelco # 18, con su estables
29-08-14	10:50	Ingreso paciente masculino de 38 años en el cual a las de 12 h para ex programada reducción orbitaria en homero derecho, consciente, quejumbroso, poco colaborador, con ceo permeables hoy del 2º piso
29-08-14	11:00	Con prelu oxigenacion en O2 del admitu en el servicio general

Maria Rodriguez
AUX. ENFERMERIA
C.C. 36 066 407

Venny Rivera
AUX. ENFERMERIA
C.C. 36 066 407

Venny Rivera
AUX. ENFERMERIA
C.C. 36 066 407

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

Carrera 6 N°. 16 - 35 PBX: 8725000 FAX: 8755864 - Neiva - Huila
Consulta Especializada Calle 16A N° 6-40 e-mail: servicioalcliente@clinicauros.com



NOTAS DE ENFERMERIA

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

FECHA	HORA	ACTIVIDADES	FIRMA DE ENFERMERIA
		Y entuba con l. at 27.5 sin complicaciones SVTA 121/67 mm Fc 70 oPr 299.	P. M. R.
28-08-14	11:10	Con todo el equipo Ox. se coloca el paciente en posición prono y la Dra. Susana realiza lavado en bruto izquierdo SVTA 111/54 mm Fc 70 oPr 281.	P. M. R.
28-08-14	11:25	Dado prueba erupción y anti-erupción el Dr. Jefferson Perdomo inicia procedimiento Ox. con la Dra. Susana como ayudante, instrumenta Foley, circula ante fenna SVTA 110/66 mm Fc 70 oPr 299.	P. M. R.
28-08-14	12:00	Continúa procedimiento Ox. sin complicaciones SVTA 123/60 mm Fc 75 oPr 299.	P. M. R.
28-08-14	13:00	Termina procedimiento Ox. Se inicia sutura hxx y luego de cubrir, con algunos vendajes se extuba paciente de aspiración de secreciones en posición supina.	P. M. R.
28-08-14	13:15	Se pasa a suero a recuperación bajo efectos residuales de anestesia general, con l. permeables, con hxx cubierta oposito, Fixomull cubestrillo; con rut completa Corripeta del 2º piso completa hxx Ox. gomas, ruidos, anexos. p/turnar Rx control p/turnar mo	P. M. R.
28-08-14	13:20	Inicia recepción a sala de recuperación. Se coloca paciente en posición de reposo. Se le da SSN 09% xirca bajo efectos de anestesia. Se le da oxígeno. Se le da ruidos. Se le da anexos. Se le da p/turnar Rx control p/turnar mo	P. M. R.



clínica
WROS
Para ti solo tenemos solución
NIT. 812.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

NOTAS DE ENFERMERIA

CÓDIGO: PS-EF-FO-001
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		Humero con fractura interna y osteotomia de humero izquierdo en Sv. TA 110/65 - FC 74x Sku 75% sin complicaciones al momento.
28-08-14	14:40	Se trasladó al paciente al consultorio de recuperación para ser monitorizado en la unidad de recuperación. Se le administró analgésico y se le indicó que permanezca en reposo. Se le indicó que continúe con su medicación.
28-08-14	14:30	Se le indicó que permanezca en reposo y se le indicó que continúe con su medicación. Se le indicó que permanezca en reposo y se le indicó que continúe con su medicación.
28-08-14	18:15	Se le indicó que permanezca en reposo y se le indicó que continúe con su medicación. Se le indicó que permanezca en reposo y se le indicó que continúe con su medicación.

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

Carlos Marroquin
Aux. de Enfermería
Reg. 0430-18/02/2013



clínica
UROS SA
Para ti solo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS 2 de 2

NOTAS DE ENFERMERIA

FECHA	HORA	FIRMA DE ENFERMERIA
	19h	Paciente masculino de 38 años de edad de sexo masculino en el servicio de hospitalización 2do con Dx: medula fx humero izquierdo, cuando conciente, alerta al llamado, orientado, herida quirúrgica cubierta, Planificar cambio, igual manejo
	05h	Continua cuando en la unidad, conciente, alerta al llamado, acompañando de familiar elimo (n) espontáneamente, Adeno tutamiento mesluo
29.8.14	00h	Recebo, cuando en la unidad de 38 años. En el servicio de hospitalización con Dx: fx de humero. Fx. Capiente alerta, orientado observado en sala de espera con tapa vendado en sala con tfo para continuar. Continua cuando en la unidad con de alerta, orientado observado en ventres. Condece nes, generaler su establecer queda con tapa, vendado observado por el.

Maria Angella Gonzales R.
ENFERMERA
C.C. 155862
Resol. 1116

Maria Angella Gonzales R.
ENFERMERA
C.C. 155862
Resol. 1116

PATOL
C.C. 155862
Resol. 1116



clínica
UROS
Para ti sólo tenemos soluciones
TEL. 815.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

NOTAS DE ENFERMERIA

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

No. H.CL. 7702144

Nombre y Apellido: Juan Carlos Giamon

Fecha:

Edad: 38 A

Sexo:

M ☒

F ☐

Pieza

12A

206-3

Cama

206-3

FECHA

HORA

FIRMA DE ENFERMERIA

29-8-09 Medico de familia
da dar salida p
egreso

FABIANA SUPELANO
AUXILIAR DE ENFERMERIA
C.C. 25.75625 - NESTOR

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA, ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE, ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRÍO, FIEBRE, SUDOR, VÓMITO, EVACUACIONES, CONDICIONES DE HERIDA, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MÉDICOS, ETC.

Carrera 6 N°. 16 - 35 PBX: 8725000 FAX: 8755864 - Neiva - Huila

Consultorio Especializado Calle 16A N° 6-40 e-mail: servicioalcliente@clinicauros.com



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


REGISTRO ESTRICTO DE SIGNOS VITALES

HOJA No. _____

NOMBRE DEL USUARIO Juan Carlos Gran H. CLÍNICA: 760214 CAMA: 063

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			EMILIA MARIA ESCOBAR II
27	8	14	10:13	100/60	70x	20x	36.7			AUX. ENFERMERIA
27	8	14	20h	120/60	83x	20	36.7			Carlos Mario Lopez
28	8	14	6h	120/80	73x	20x	36.5			AUX. ENFERMERIA
28	8	14	07h	120/80	72	20	36			C.C. 4.881.156.993
28	8	14	10:50	100/60	79			99%		Yenny Rivera
28	8	14	11:00	121/67	78			99%		Aux. Enfermería
28	8	14	11:10	111/59	79			98%		36 066 407
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	160/70	78x	20x	36.5°C			Maria Angélica
29	8	14	06h	120/80	82x	20x	36.4°C			AUXILIAR DE ENFERMERIA

76



CLÍNICA
UICOL
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES

MANEJO DE REGISTROS

LISTA DE ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA

Código: PS-EF-FO-011

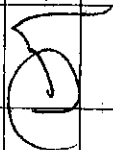
Fecha: 18-03-2014

Versión: 00

Página: 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS Juan Carlos Gomez EDAD 38 ADMISSION 1108651

DOCUMENTO EPS CIF SERVICIO CAMA 2063

ASPECTOS A EVALUAR	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
IDENTIFICACION (LETRERO)	28-3	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



clínica
UROSSA
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

CONTROL DE AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS

IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN:

Guzmán

1er. Apellido

2do. Apellido

Juan Carlos

Nombres

EDAD

SEXO

38

F

M

026

Nº. CAMA

C11F

SERVICIO

ENTIDAD

FECHA

DÍA MES AÑO

HORA

AYUDAS DIAGNOSTICAS Y/O PROCEDIMIENTOS

FECHA DE
REALIZACIÓN

FECHA DE
REPORTE

OBSERVACIONES

22/8/14

UXORTOPEDIA

22/8/14



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 ☐ PA ☐ TI ☐ PE ☐ PO ☐ OT

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
☐ 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 HUMERO 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 TERTONEAL SIN MASAS SIN MEGALIAS.

ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUEEN 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

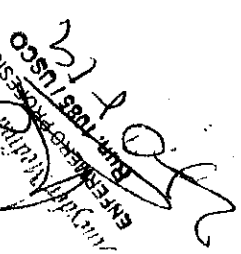
Diagnostico Relacionado 2:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de Quien Reporta: STEFANIA RAMIREZ Telefono:
Cargo o Actividad: AUX. AUTORIZACIONES 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 SALLINA 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	MACRO 1000		MACRO 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


 INGENIERO PROFESIONAL
 RUT 70851530

CLINICA UROS

NIT. 813011577-4


LABORATORIO CLINICO

Página N° : 1 De 3

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

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

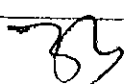
Bacteriología (o) :



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



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE ASESORAMIENTO EN SERVICIOS DE SALUD

Numero de Informe: 20684 Fecha: 14.08.22 Hora:

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: CLINICA DIOS S.A. Nit: 813011577
Codigo Habitacion: 410010957201 Direccion: CARRERA 6 No 16-35
Telefono: 8725400 Municipio: NEIVA Departamento: HUILA

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) COMEFAMILIAR HUILA ARS SUBSIDIADO Codigo: CCF021

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

GUZMAN GUARNIZ JUAN CARLOS Tipo Doc: X

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 Sishen ☐ Plan Adicional de Salud
☒ Regimen Subsidiado - Total ☐ Poblacion Pobre no Asegurada con Sishen ☐ 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 DEL HUMERO CON	1.00

Justificacion Clinica

PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REATIDO 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 MIEMBRO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. TALLA 100/70 FC 85 FR 18 ABDOMEN BLANCO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SIN MASAS SIN MECANISMOS.

ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUE EN DECIDE REALIZAR PROCEDIMIENTO 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: STEPHANLA RAMIREZ Telefono:
Cargo o Actividad: AUXILIARIZACIONES Telefono Celular:

Stephanla R
22/08/24
17:36

35

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

Anexo 4 - Autorización de servicios: lista

Opciones: Imprimir Excel

ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de anexo 4 en EPS-s
Estado1416820 Fecha y hora
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO2014-08-22 20:02:38
CCF024

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre Ips	CLINICA UROS S.A.		
Código IPS		410010057201	Identificación Ips
Dirección Ips	CRA 6 # 16-35		NI-813011577
Departamento	HUILA 41		8-8632000
		Municipio	NEIVA 001

DATOS DEL PACIENTE

Nombres Usuario	GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS		Identificación	CC - 7702144
Fecha de Nacimiento		1976-06-09		
Dirección	CL 25 SUR 34 A 45		Teléfono	8678810
Departamento	HUILA 41		Municipio	NEIVA 001
		Cobertura en Salud		Regimen subsidiado - Parcial

INFORMACION DE LA ATENCION

Prioritario	SI		Ubicación	Hospitalización
Servicio	HOSPITALIZACION		Cama	3

SERVICIOS SOLICITADOS

Nº	nAut	código	Descripción	Cantidad Solicitada	Prestador Autorizado	Cantidad Autorizada	Autorizo	observaciones	Fecha Autorización	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

Justificación clínica: 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 PROCEDIMIENTO 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	Teléfono	
Cargo o actividad	AUX. ADITIVO ATENCION AL USUARIO	Teléfono celular	



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 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 G. 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 propósito 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 médico anestesiólogo 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 líquido 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 del Paciente
C.C.

Firma Anestesiólogo de Consulta



clínica
UROS
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

CÓDIGO CIE-10

**TIPO DE
USUARIO
(X)**

CONT

SUBS

PART

PREP

OTRO

DIAGNÓSTICO

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO (DENOMINACIÓN COMÚN
INTERNACIONAL/NOMBRE GENÉRICO)**

CONCENTRACIÓN

**PRESENTACIÓN / FORMA
FARMACÉUTICA**

VÍA DE ADMÓN

CANTIDAD FORMULADA

NÚMEROS

LETRAS

**DURACIÓN
TTO (DÍAS)**

DOSIS / FRECUENCIA

Asistir por urgencias el día
27 Agosto a las 7 am

SERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

Firma y sello de quien prescribe el medicamento
Jeniffer Pardo
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725.941
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 Neiva - Huila * Consulta especializada Calle 16 - No. 6 - 40
E-mail: servicioscliente@clinicauros.com



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

MANUAL DE REGISTROS

EPICRISIS

CÓDIGO: PH-HP-FO-009

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 1 de 2

No. H.CL. 22 07144

Nombres y Apellidos: Juan Carlos German

Fecha: 22 08 14

Unidad Funcional: Uro

Asegurador: Cofecol

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	14	22	08	14
				Unidad Funcional			Unidad Funcional		

B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Fractura de Húmero

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO

TRATAMIENTOS LGU Primario Resultado

C. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ÁNAMNESIS Y EXÁMEN FÍSICO

Paciente con fractura de húmero derecho, trauma cerrado, dolor y limitación de movimiento. Se realizó radiografía que evidenció fractura de húmero derecho, desplazada de húmero izquierdo. Se dio alta con férula posterior y se derivó a hospital de la Ortopedia. Se le explicó el manejo de la lesión y se le dio el alta el 22 de 08/14.

2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN

39



Clínica
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

Ante la ausencia de movilidad
por impacción y lesión articular

7. FECHA Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

8. FIRMA Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Jefferson Pardo
Ortopedia y Traumatología
C.C. 725.941
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 "COMFAMILAR"	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 computables 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 manua 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 remitase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez remitada 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 remitada 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.

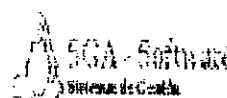
Para los casos en los cuales aparezca de manera incorrecta en la consulta del FOSYGA, el campo "Estado" como "Afiliado Fallecido", por favor presente a la EPS una certificación expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil - RENEC con el fin de que esta proceda conforme a los procedimientos y normas definidas por el Ministerio.

Finalmente, el Ministerio no expide certificaciones en contra de las EPS del sistema de seguridad social.



**CONFAMILIAR
EPSS**

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 CC-190211 
 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
Regimen	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 GUTIERREZ
7	Atención Patología Cáncer (PP)	UNIDAD ONCOLÓGICA SURCOLOMBIANA 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 PACÍFICO 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

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO (PACIENTE) GOBIERNO VENEZUELANO Y SUS AFILIADOS Codig:

DATOS DEL USUARIO: GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS

1er.Apellido 2do.Apellido 1er.Nombre 2do.Nombre Tipo Doc: CC X CE PA TI RC AS MS

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 Plan Adicional de Salud
X Regimen Subsidiado - Total Poblacion Pobre no Asegurada sin Sisben Desplazado Otro

ORIGEN DEL SERVICIO SOLICITADO

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

Ubicacion del Paciente al Momento de la Solicitud

Consulta Externa X 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 QUIEN DECIDE REALIZAR PROCEDIEMTO QUIRURGICO.

28/08/14: USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUE INGRESO A SALAS DE CX PARA PROCEDIMIENTO QX PROGRAMADO, FUE INTERVENIDO POR MEDICO ESPECIALISTA JEFFERSON PERDOMO QUIEN LE REALIZO 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%.

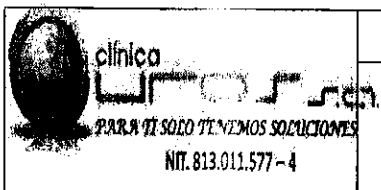
Diagnostico Principal: S429 / FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1: S430 / LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 2: /

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

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

28-08-14
3:00 PM

9



FICHA AUTORIZACIONES

NOMBRE

Juan Carlos Garmen

DOCUMENTO

7702144

EDAD

38

CAMA

DIAGNOSTICO

S 429

INGRESO

S 430

ENTIDAD

CLF

FECHA	SERVICIO SOLICITADO	RECIBIDO	COD. AUTORIZADOR
28- VIII-14	793210 772200		
29-8-14	E00650		

Folios 42
153
de 153



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

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

DAR O RECIBIR EN PRESTAMO Y EJECUTAR TODO TIPO DE ACTOS JURIDICOS PERMITIDAS SOBRE BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES. J. ADQUIRIR Y/U OBTENER CONCESIONES, ADMINISTRARLAS, ENAJENARLAS Y CONVENIR LA EXPLOTACION DE LAS MISMAS. K. REGISTRAR MARCAS Y PATENTES DE INVERSION, MODELOS O DISEÑOS INDUSTRIALES, LICENCIAS, CONVENIOS DE ASISTENCIA O COLABORACION NACIONALES Y EXTRANJERAS. L. OBTENER DERECHOS DE PROPIEDAD, MARCAS DIBUJOS, INSIGNIAS, PATENTES Y/O CUALQUIER OTRO DERECHO DERIVADO DE LA LEY DE MARCAS PROTEGIDO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL; CONSEGUIR LOS REQUISITOS LEGALES PARA DICHAS MARCAS PATENTES Y PRIVILEGIOS, ACEPTARLOS Y CEDERLOS A CUALQUIER TITULO.

CERTIFICA:

CAPITAL:

**** CAPITAL AUTORIZADO ****

VALOR :\$3,000,000,000.00

NO. DE ACCIONES:3,000.00

VALOR NOMINAL :\$1,000,000.00

**** CAPITAL SUSCRITO ****

VALOR :\$2,500,000,000.00

NO. DE ACCIONES:2,500.00

VALOR NOMINAL :\$1,000,000.00

**** CAPITAL PAGADO ****

VALOR :\$2,500,000,000.00

NO. DE ACCIONES:2,500.00

VALOR NOMINAL :\$1,000,000.00

CERTIFICA:

**** JUNTA DIRECTIVA: PRINCIPAL(ES) ****

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 PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA OSORIO MENDEZ JUAN	C.C.17096007

MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA MANRIQUE DE OSORIO NOHORA	C.C.41339848
--	--------------

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 PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA OSORIO MANRIQUE JAVIER	C.C.7686389

MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA OSORIO MANRIQUE MAURICIO	C.C.7699204
---	-------------

QUE POR ACTA NO. 0000030 DE ASAMBLEA EXTR. DE ACCIONISTAS DEL 29

***** 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(ON) 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(ON) 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(ON) 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(ON) 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(ON) 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 *****



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 SALVEDADE 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	C.C.7699880

TARJETA PROFESIONAL: 96943-T

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	C.C.1075229854

TARJETA PROFESIONAL: 164614-T

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

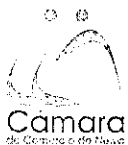
CERTIFICA:

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 Camara 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.