

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.18	15:24:58	2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50848

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 160814
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
			2023.06.03 - 01:36 2023.06.03 - 11:06

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD : 23 Años

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

NEIVA

TELEFONO: 3165337090

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

ESTANCIAS

38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

	VENOCAT CATETER # 16 B/BRAUN								1	1,000	1,000
	APOSITOS ESTERILES PAQUETES								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	0	0

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,569
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890	CEFALOXINA X 1 G AMPOLLA								3	11,300	33,900

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C

Autorizacion de facturacion de la Dia: 187

Modalidad ELECTRONICA De

Cufe: 2e270703eb7d44b0f76fa93ea56c1f66b659599081c3aff

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P



Recibido!

ODIGO DEL COMERCIO
7.110.181-9

1a vigencia de: 12 Meses

10 de Octubre del 2023

30eb04122790

JILLO 201963351 - 0

1 COLOMBIA S. A. S Nit 900 390 126 - 6

26

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 10:58:42 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150848

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
2e270703eb7d44b0f76fa93ea56c1f66b659599083c3af9cb376a
a1e70c510fe71c6623a7b9cd8344161e0eb04122790

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1499701

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-17 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
cab9cdf238b43b49672a7521a79ce9cdb1ac0bdad87b89b9c19
cd850da1a41ae33f3f2b6166c3f25fc3c891d80edd75f

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-18 03:27:24.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150848

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
2e270703eb7d44b0f76fa93ea56c1f66b659599083c3af9cb376a
a1e70c510fe71c6623a7b9cd8344161e0eb04122790

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
09667942631a592e0ce65bfb211412b3519b5ac61c11f80638f4
d1e787f98ce96d4bad9cbe5a3fc499d1a598ab0e2852

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-18 08:34:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
7d06e707b909c90ad8e0faa0966cf8c002a9d1374dbbb5831478
3e7b31c9d5f5945d4b68ca4ca0d42b251b2fb85ce479

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 11:05:45.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 10:58:42 AM
Página: 3



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150848

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
2e270703eb7d44b0f76fa93ea56c1f66b659599083c3af9cb376a
a1e70c510fe71c6623a7b9cd8344161e0eb04122790

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
d1fe74f465e8895e5e51a2bdd207e769c69c7caa197be434cd3e
0391ec10aae8e5b4ba034677e3960b5396070a194081

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 11:05:50.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

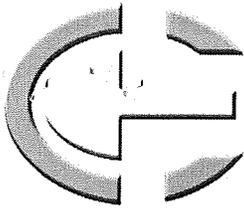
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.18	15:24:58	2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50848

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 160814
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
			2023.06.03 - 01:36 2023.06.03 - 11:06

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD : 23 Años

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

NEIVA

TELEFONO: 3165337090

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

ESTANCIAS

38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

	VENOCAT CATETER # 16 B/BRAUN								1	1,000	1,000
	APOSITOS ESTERILES PAQUETES								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	600	1,800
	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	0	0

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	4,892	19,569
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890	CEFALOXINA X 1 G AMPOLLA								3	11,300	33,900

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

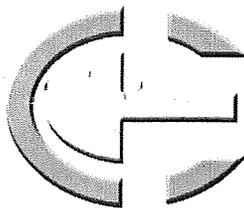
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 2e270703eb7d44b0f76fa93ea56c1f66b659599083c3af9cb376aa1e70c510fe71c6623a7b9cd8344161e0eb04122790

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

26



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
 SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
 *No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
 *Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
 Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.18	15:24:58	2023.09.17

Factura Electronica de Venta
 FEC1 - 50848

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
21101	(CARPOGRAMA), CALCANEO MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21101	(CARPOGRAMA), CALCANEO MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA	2023.06.03	873206	JAB					1	62,800	62,800
21102	(CARPOGRAMA), CALCANEO BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.03	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	(CARPOGRAMA), CALCANEO BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.03	873121	JAB					1	81,400	81,400
21102	(CARPOGRAMA), CALCANEO BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.03	873121	JAB					1	81,400	81,400
21105	(CARPOGRAMA), CALCANEO PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.06.03	873411	JAB					1	69,100	69,100
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.06.03	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.06.03	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.06.03	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.06.03	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.06.03	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.06.03	890701	JAB					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.06.03	S22101	FFN					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	1,499,701	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	1,499,701
---------------------	------------------	--------------------------	----------	-------------------------	------------------

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS UN PESOS M/CTE.....

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.18 03:27:24 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
 FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 1e270703eb7d44b0f76fa93ea56c1f66b659599083c3af9cb376aa1e70c510fe71c6623a7b9cd8344161e0eb04122790

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

25

FACTURA:	50848
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ 1,395,701
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 104,000
 DIEGO A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

GMT

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado _____
 Fecha Radicación:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 RG _____
 No. Radicado Anterior _____ Nro. Factura \Cuenta de Cobro **FEC1- 50848**
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
 Codigo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

DIAZ **AYA**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
JEFFREY _____
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

 No. Documento: **1003810783**
 De: **41001** Fecha de Nacimiento: **1999/12/26** Sexo: F M
 Dirección: **CALLE 72A N IBW-65**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3165337090**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracán
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Dirección de la Ocurrencia: **CARRERA 7 CON CALLE 50**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/06/3** Hora: **01:17**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Zona: U R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
 PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWY93G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN CURVA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. Póliza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **SUZUKI** Placa: **EWY93G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplomático o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Código Aseguradora: **AT1501** intervención de la Auto. Si No
 Póliza SOAT No **8085413600** Cobro excedente Póliza Si No
 Vigencia de la Póliza: Desde: **2022/08/19** Hasta: **2023/08/18**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

DIAZ **AYA**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
JEFFREY _____
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Documento de identidad:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

 No. Documento **1003810783**
 Dirección: **CALLE 72A N IBW-65**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **RIVERA** Cod. **615** Telefono: **3165337090** Total Folios: **0**



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

DIAZ
1er.Apellido

AYA
2do.Apellido

JEFFREY
1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC CE PA TI RC AS

No. Documento 1003810783

Dirección: CALLE 72A N 1BW-65

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 3165337090

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión

Orden servicio

Fecha de Remisión: // a las

Prestador que remite: Código de inscripción:

Dirección: Teléfono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptación: // a las

Prestador que recibe: Código de inscripción:

Dirección: Teléfono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporta la víctima desde: Hasta:

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona:

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/06/3 a las 01:36

Fecha de Egreso: 2023/06/3 a las 11:06

Diagnostico presuntivo de Ingreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico presuntivo de Egreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso

S617 HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Diagnostico definitivo de Egreso

S617 HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

JHOAN
1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

ALBEIRO
2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

BAZAN
1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

1061724214

Número de Registro de Médico

1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1499701	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único numero 2.

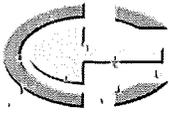
XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.06.03 HORA DE INGRESO: 01:36
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.06.03 HORA DE EGRESO: 11:06
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S617 - HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.06.03-01:58:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWY93G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN CURVA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 01+36 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN PELVIS, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA TOBILLO DERECHO, AMBOS CODOS, ANTEBRAZOS, MUÑECA Y MANOS EN EL MOMENTO NIEGA OTROS TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO. ALIENTO ALCOHOLICO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRAR, NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
NIEGA.

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 110/70 FC: 89 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 173 PESO: 60 IMC: 20 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

**** EXAMEN FISICO:**
<<CABEZA>>

Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictéricas. HIPEREMIA CONJUNTIVAL Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara RUBICUNDES FACIAL. sin lesiones traumáticas evidentes.

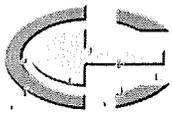
<<CUELLO>>

Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.

<<TORAX>>

Tórax no signos de dificultad para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.

<<ABDOMEN>>



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa

<<GENITOURINARIO>>

Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.

<<PELVIS>>

Pelvis estable DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA TOBILLO DERECHO, AMBOS CODOS, ANTEBRAZOS, MUÑECA Y MANOS. HERIDAS MULTIPLES EN 2, 3 Y 4 DEDO EN DORSO CON PERSIDAD DE LA EXTENSION HERIDAS PROFUNDAS CON LESION TENDINOSA MANO IZQUIERDA SANGRADO MODERADO IRREGUALERES Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

<<NEUROLOGICO>>

Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente. VERBORREICO INCORDINACION MOTORA MODERADA

<<PIEL>>

ABRASIONES EXTENSAS SUCIAS PROFUNDAS CON TIERRA EN: HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA TOBILLO DERECHO, AMBOS CODOS, ANTEBRAZOS, MUÑECA Y MANOS CADERA IZQUIERDA.

<<FANERAS>>

Sin lesiones.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

RADIOGRAFIA DE PELVIS

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

SE SOLICITA PARACLINICOS:

1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR).

**** PLAN DE MANEJO:**

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES TRAUMAS SE INICIA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ORTOPEDISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, GLASGOW 15/15 NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**



EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY**

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 1000 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO MEDICO, Y VALORACION POR ORTOPEDIA.
- NADA VÍA ORAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. Y CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDIA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.06.03-02:00:54 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

EXAMEN CLINICO BEODEZ

Presentación, porte, actitud, conducta motriz: ROPA SUCIA MULTIPLES ABRASIONES

Olores asociados: Aliento Alcohólico:

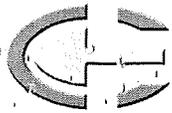
Negativo __. Discreto __. Evidente _X_. Dudoso __. Otros (describa): _____.

Sensorio: Estado de conciencia: ALERTA

Orientación: ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA

Atención: DISMINUIDA

Memoria: RECUERDA EL EVENTO



EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

Afecto LLANTO FACIL, VERBORREICO

Lenguaje: Disartria: negativa __. discreta X. evidente __.
Otras alteraciones: Sí __. No X. Cuales (describa): _____.

Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección: NORMAL.

Ojos: Congestión conjuntival: Sí hay: X. No hay: __.
Pupilas: Isocóricas X. mióticas __. midriáticas __. diámetro normal X. Anisocóricas __.
Reflejo fotomotor: Normal X. Alterado __. Convergencia ocular: Normal X. Alterada __.

Reflejos Osteotendinosos: Hiporeflexia __. Hipereflexia __. Normoreflexia X.

Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:

- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz; dedo-dedo):

Normales __. Alteradas __. No se realizan X.

- Test de movimientos rápidos alternos:

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

- Prueba de Romberg:

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

- Prueba de marcha en Tamden (punta-talón):

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

Observaciones: PACIENTE EN CAMILLA MULTIPLES HERIDAS Y TRAUMA EN EXTREMIDADES

Evaluación de Nistagmus:

- Nistagmus Espontáneo: Presente __. leve __. evidente __. horizontal vertical __.

Ausente X.

- Prueba de nistagmus a mirada extrema: Positivo __. leve X. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo __. No se realiza __.

- Prueba de nistagmus posrotacional: Positivo __. leve __. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo __. No se realiza X.

Observaciones: PACIENTE EN CAMILLA MULTIPLES HERIDAS Y TRAUMA EN EXTREMIDADES

Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor: NO SE REALIZA

ANALISIS Y CONCLUSION.

EMBRIAGUEZ CLINICA DE ORIGEN ALCOHOLICA DE SEGUNDO GRADO.

**** FECHA: 23.06.03-02:17:44 MEDICO: / (AUXIL. FFN - NARLY TATIANA FIERRO FRANCO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

HORA INICIAL/FINAL: 02:01 / 02:04 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

21



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783	SEXO: MASCULINO	DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65	
FCHA.NACTO: 1999.12.26	EDAD: 23 A	CIUDAD: NEIVA	TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO	RH: O+		

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: NARLY TATIANA FIERRO FRANCO

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA EN 2,3 Y 4 DDO EN DORSO CON PERDIDA DE LA EXTENSION CON LESION TENDINOSA EN MANO IZQUIERDA + ABRASION EN BRAZOS, ANTEBRAZOS, CODOS Y MANOS BILATERALES + ABRASION EN RODILLAS Y TOBILLO BILATERALES + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO, SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 23.06.03-02:47:16 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

**** FECHA: 23.06.03-03:48:54 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PARACLINICOS DE: 03/06/2023



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 13.64 %NEUTROFILOS: 57.3 %LINFOCITOS: 37.5 HEMOGLOBINA: 16.3 %HEMATOCRITO: 46.3 MCV: 84.3 MCH: 29.7 PLAQUETAS: 213.000 TIEMPOS: TP: 11.90 TPT: 29.00 INR: 0.88 CREATININA : 0.7 BUN: 9.2

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

**** FECHA: 23.06.03-06:08:50 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PARACLINICOS DE: 03/06/2023

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 13.64 %NEUTROFILOS: 57.3 %LINFOCITOS: 37.5 HEMOGLOBINA: 16.3 %HEMATOCRITO: 16.3 MCV: 84.3 MCH: 29.7 PLAQUETAS: 213.000 TIEMPOS: TP: 11.90 TPT: 29.00 INR: 0.88 CREATININA :0.7 BUN: 9.20

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

**** FECHA: 23.06.03-09:13:44 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CODO , ANTEBRAZO Y MANO IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CODO ESCORIACION TATUADA , BUENA MOVILIDAD . ANTEBRAZO IZQ ESCORIACION TATUDA EXTENSA . MANO IZQ
HERIDAS CORTOCONTUSAS CON EXPOSICION ARTICULAR DE INETRFALANGICA PROXIMAL DE 4 DEDO Y LIMITACION DE LA EXTENSION -
HERIDAS EN DORSO DE INETRFALANGICA DE 2 Y 3 DEDOS . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDAS MANO IZQ
ESCORIACIONES TATUADAS
PLAN: SE RPOGRAMA PARA CIRUGIA

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.06.03-11:06:27 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

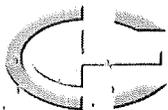
PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUIGA POR ORTOPEDIA
SE CIERRA HISTORIA CLINICA.

**** FECHA: 23.06.03-11:06:41 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.03-11:06:35

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

TIPO

GRADO

CONFIRMADO: S610 - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

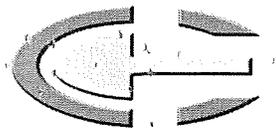
RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazán C.
 Médico y Cirujano
 UHCADCA
 RM 1061724214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN

REG. MED: 1061724214



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 160814

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -160814

Fecha 2023/06/3

Nombre Paciente: DIAZ AYA JEFFREY

- 1003810783 **Edad:** 23

Sexo: M

Quien Realiza: FFN- NARLY TATIANA FIERRO FRANCO

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S617-HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S500-CONTUSION DEL CODO

Diagnósticos Definitivos:

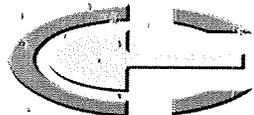
1. S617-HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S500-CONTUSION DEL CODO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	FFN	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA EN 2,3 Y 4 DDO EN DORSO CON PERDIDA DE LA EXTENSION CON LESION TENDINOSA EN MANO IZQUIERDA + ABRASION EN BRAZOS, ANTEBRAZOS, CODOS Y MANOS BILATERALES + ABRASION EN RODILLAS Y TOBILLO BILATERALES + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO, SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,20-Jun-2023

15:50:2

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	URGENCIAS
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS		EVENTO		MOTIVO 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.06.0 01:36
001 0 SOAT		OTRO REGIMEN	EDAD	Fecha Egreso :	
			23 Años		
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1003810783 DIAZ AYA JEFFREY		1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 72A N 1BW-65	3165337090

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2023.06.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	FFN	10.00
2023.06.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	FFN	10.00
2023.06.03	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	FFN	1.00
2023.06.03	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	FFN	6.00
2023.06.03	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	FFN	1.00
2023.06.03	CLI	APOSITOS	APOSITOS ESTERILES PAQUETES	FFN	1.00
2023.06.03	ZMQ	ELASTICA	VENDA ELASTICA DE 5X5	FFN	1.00

PACIENTE: 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD: 23

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

TELEFONO: 3165337090

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-57010

FECHA SINIESTRO: 2023.06.02

Nº POLIZA: 8085413600

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 3 de junio de 2023						
01:59:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
01:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
01:59:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
01:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
01:59:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	MLD	
01:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
01:59:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	MLD	
01:59:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	5.00		NOCHE	MLD	
01:59:00	VENOCAT CATETER # 16 B/BRAUN	1.00		NOCHE	MLD	
01:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MLD	
01:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	MLD	
01:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	MLD	
09:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
09:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
09:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
09:59:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	CRS1	
09:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1	
09:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CRS1	
09:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 34.00



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
NIT: 900.422.862-8
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE y MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. 900.422.862-8, certifican que la entidad CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA con NIT No. 800.110.181-9 se encuentra a PAZ Y SALVO en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022 y de los meses de ENERO a JUNIO de 2023, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los quince (15) días del mes de agosto de 2023.

++++
C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

++++
C.C. No. 36309066 NEIVA
Contador Público
T.P. No.123297-T



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA
 NIT 900.422.862-8
 CLL 18 # 6-39
 Tel: (608) 8643405
 Nelva - Colombia
 mafec47@yahoo.com



Factura electrónica de venta
 No. FE 8538

Señores	CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA		
NIT	800.110.181-9	Teléfono	(608) 0000000 - Ext. 000
Dirección	CALLE 18 6 65	Ciudad	Nelva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/06/2023, 11:24
Expedición	22/06/2023, 11:24
Vencimiento	22/07/2023

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	1.00	17,166,870.00

Total Items: 1

Valor en Letras:

Diecisiete millones ciento sesenta y seis mil ochocientos setenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-07-22 por \$ 17,166,870.00

Total Bruto	17,166,870.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	17,166,870.00

Observaciones:

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENIFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización: 18764042150229 aprobado en 20221229 prefijo FE desde el número 8001 al 9500 Vigencia: 12 Meses
 No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0,8%
 CUF: b2f2806319134b1277c21372f924b17ab90297fddcc7e1d249258da002faed49a49e9f43c2e5a2301638b9a4960382bd

Fabricamos Software y Proveedores tecnológicos. Siglo SAS - NIT: 900.048.145-9. Nombre Software: Siglo Nube. Firma Electrónica: ver en el XML

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Precio
6010001	55131081	39 Años	VITOBIS ALVIRA LEINA CARINA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902210		Hemograma IV	32.100
6010043	1012447335	25 Años	ARAUJO GARCIA YURI BIBIANA	
	902210		Hemograma IV	32.100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6010051	1084924192	12 Años	GUTIERREZ PINACUE JORGE	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210		Hemograma IV	32.100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
6020002	12128643	57 Años	ROJAS GUIO ANIBAL	
	902210		Hemograma IV	32.100
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6020046	1075286959	28 Años	RAMIREZ CAÑON DANIA LIZETH	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210		Hemograma IV	32.100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6020053	38287363	48 Años	RUBIANO VANEGAS ZULMA BEATRIZ	
	902210		Hemograma IV	32.100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6020059	1083841400	3 Años	NAÑEZ ORTIZ SOFIA JADELLY	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902210		Hemograma IV	32.100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
6020060	1079184096	27 Años	ORTIZ BONILLA MAUDY JADELLY	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902210			Hemograma IV	32.100
903856			NITROGENO UREICO	15.500
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
6020061	1004305172	22 Años	CIFUENTES ARTUNDUAGA JUAN CAMILO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902210			Hemograma IV	32.100
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903805			AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25.100
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
903867			TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTA	33.600
903866			TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMIN	33.600
1002			BILIRRUBINA DIRECTA	13.500
1001			BILIRRUBINA TOTAL	17.400
903856			NITROGENO UREICO	15.500
6030001	1003810783	23 Años	DIAZ AYA JEFFREY	
903856			NITROGENO UREICO	15.500
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6030003	1075320097	23 Años	ALARCON CARVAJAL DIEGO FERNANDO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
908608			TROPONINA CUANTITATIVA	99.000
903856			NITROGENO UREICO	15.500
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
6030010	1080298388	24 Años	CUMBE ANDRADE YEISON CAMILO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903856			NITROGENO UREICO	15.500
902210			Hemograma IV	32.100
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6030035	5226518	25 Años	ROJAS LOPEZ YHOSMAR EDUARDO	
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6150004	4949864	57 Años	TOVAR TOVAR ARCEÑO		
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902210			Hemograma IV	32.100
	903856			NITROGENO UREICO	15.500
6150052	1080189928	22 Años	PASTRANA LOSADA DAYAN FERNANDO		
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210			Hemograma IV	32.100
	903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
6150053	7725527	40 Años	PUESTES GODDY GERMAN AUGUSTO		
	903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902210			Hemograma IV	32.100
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
SUBTOTAL					\$ 19.074.300
MENOS 10%					\$ 1.907.430
TOTAL					\$ 17.166.870



Paciente

DIAZ AYA JEFREY

1003810783

Masculino

23 Años

Informe preliminar
Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Página 1 De 2
2023-06-03 02:13

Orden No. 202306030001

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

Hemograma IV

Recuento de Leucocitos	13.64	x 10 ³ /ul		03/06/2023 03:44
Recuento de Globulos Rojos	5.50	x 10 ⁶ /ul	3.50 - 5.50	03/06/2023 03:44
Hemoglobina	16.3	g/dl	* 11.0 - 15.0	03/06/2023 03:44
Hematocrito	46.3	%	36.0 - 48.0	03/06/2023 03:44
Volumen Corpuscular Medio	84.3	fL	80.0 - 99.0	03/06/2023 03:44
Hemoglobina Corpuscular Media	29.7	pg	26.0 - 32.0	03/06/2023 03:44
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.2	g/dl	32.0 - 36.0	03/06/2023 03:44
Recuento de Plaquetas	213	x 10 ³ /ul	150 - 450	03/06/2023 03:44
Neutrofilos %	57.3	%	50.0 - 70.0	03/06/2023 03:44
Linfocitos %	37.5	%	20.0 - 40.0	03/06/2023 03:44
Monocitos %	4.8	%	1.0 - 8.0	03/06/2023 03:44
Eosinofilos %	0.20	%	* 3.00 - 7.00	03/06/2023 03:44
Basofilos %	0.20	%	0.00 - 1.00	03/06/2023 03:44
Neutrofilos #	7.82	x 10 ³ /ul	* 2.00 - 7.80	03/06/2023 03:44
Linfocitos #	5.12	x 10 ³ /ul	* 0.60 - 4.10	03/06/2023 03:44
Monocitos #	0.64	x 10 ³ /ul	0.10 - 1.80	03/06/2023 03:44
Eosinofilos #	0.03	x 10 ³ /ul	* 0.30 - 0.70	03/06/2023 03:44
Basofilos #	0.03	x 10 ³ /ul	0.00 - 0.10	03/06/2023 03:44
Volumen Plaquetario Medio	10.5	fL	* 7.4 - 10.4	03/06/2023 03:44
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	45.1	fL	39.0 - 46.0	03/06/2023 03:44
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	14.3	%	11.5 - 14.5	03/06/2023 03:44
PDW	16.0			03/06/2023 03:44
PCT	0.224	%		03/06/2023 03:44

BIOQUIMICA

NITROGENO UREICO	9.20	mg/dl	9.00 - 20.00	03/06/2023 03:44
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7	mg/dl	0.7 - 1.3	03/06/2023 03:44



Informe preliminar
Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Página 2 De 2
2023-06-03 02:13

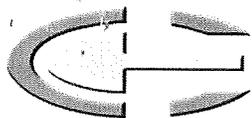
Paciente

DIAZ AYA JEFREY
1003810783
Masculino
23 Años

Orden No. 202306030001

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	11.90	seg	11.30 - 18.30	03/06/2023 03:44
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	29.00	seg	22.00 - 38.00	03/06/2023 03:44
INR	0.88			03/06/2023 03:44



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.17

HORA: 14:46:18

PAGINA No: 1

Numero: 79609 Fecha Ex. 03/06/23 Hora 11:41

Nombre Paciente: 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

Dirección: CALLE 72A N 1BW-65

Telefono: 3165337090 Edad: 23 A Sexo: M

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo derecho y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea usuales. También se anota pequeña banda radio lucida central de la superficie articular radial para correlacionar y controlar.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo derecho observándose el cubito y el radio con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales. Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del antebrazo.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose las estructuras osteoarticulares con características anatómicas y relaciones articulares normales.

No se identifican focos de fracturas de las estructuras óseas del puño.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

No hay evidencia de lesión osteoarticular traumática reciente de las estructuras del puño izquierdo.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.17

HORA: 14:46:18

PAGINA No: 2

Numero: 79609 Fecha Ex. 03/06/23 Hora 11:39

Nombre Paciente: 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

Dirección: CALLE 72A N 1BW-65

Telefono: 3165337090 Edad: 23 A Sexo: M

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

Prioridad: ALTA

LECTURA

*HALLAZGOS

Solo hay una proyección AP y lateral del cuello del pie derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del cuello del pie.

No se descarta la posibilidad de esguince.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro izquierdo observándose la articulación escapula humeral y acromio clavicular con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.

Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE PELVIS

*HALLAZGOS

Proyección AP neutra de la pelvis observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto satisfactorio y relaciones articulares conservadas.

El anillo óseo pélvico, la sínfisis del pubis y las ramas iliacas no muestran cambios.

Las articulaciones coxofemorales tienen aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.

Hay imagen de doble contorno cortical hacia el tercio inferior borde lateral externo del humero sin otros hallazgos asociados.

No hay focos de fracturas del humero aparentes en la única proyección presentada.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

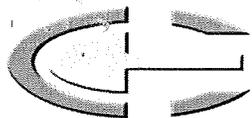
*HALLAZGOS

Proyección AP de la mano derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.17

HORA: 14:46:18

PAGINA No: 3

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 03 JUNIO 2023

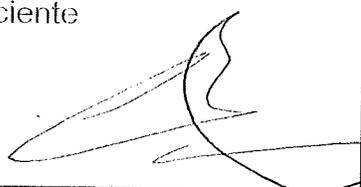
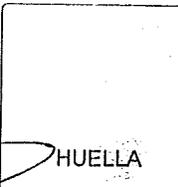
Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
 Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo JEFFREY DIAZ AYA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1003810783, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad LA EQUIDAD SEGUROS, producto de las atenciones prestadas desde 03 JUNIO 2023 a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

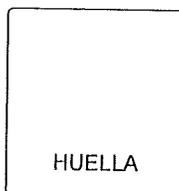
Paciente

 
 HUELLA

Firma

Nombre: JEFFREY DIAZ AYA
 c.c. 1003810783

Acudiente o Representante


 HUELLA

Firma

Nombre:
 c.c.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.003.810.783**

DIAZ AYA

APELLIDOS
JEFFREY

NOMBRES
Jeffrey Diaz



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. **10026954921**

PLACA EWY93G	MARCA SUZUKI	LÍNEA GIXXER 250	MODELO 2123
CILINDRADA CC 249	COLOR NEGRO MATE	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERÍA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ 2
NÚMERO DE MOTOR EJA1-153162	REG N	VIN 9FSED24L2PC104768	REG N
NÚMERO DE SERIE 44444	REG N	NÚMERO DE CHASIS 9FSED24L2PC104768	REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
DIAZ AYA JEFFREY

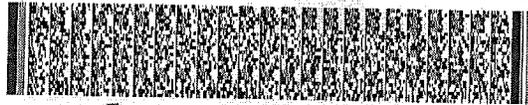
IDENTIFICACIÓN
C.C. 1003810783



FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1999**
NEIVA
 (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 **O+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
03-ENE-2018 NEIVA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VÁSQUEZ

INDICE DERECHO



P-1900100-00970290-M-1003810783-20180118 0059166761A 1 48419527

RESTRICCIÓN MOVILIDAD BLINDAJE POTENCIA HP
 20

DÉCLARACION DE IMPORTACIÓN VE FECHA IMPORT. PUERTAS
 162022000013249 06/08/2022 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTD. FECHA VENCIMIENTO
 19/08/2022 19/08/2022 *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO
 INST TTOYTTT DPTAL HUILARIVERA




LTOYDD1844982

[Consulta Automotores](#)
[Realizar otra consulta](#)

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	EWY93G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10026954921	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	GIXXER 250
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO MATE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	EJA1-153162
NÚMERO DE CHASIS:	9FSED24L2PC104768	NÚMERO DE VIN:	9FSED24L2PC104768
CILINDRAJE:	249	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	19/08/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo
Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8085413600	18/08/2022	19/08/2022	18/08/2023	130	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

2



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50848 fechada el día 23.08.18 cuyo paciente es DIAZ AYA JEFFREY

HISTORIA No. 1003810783

GLOSA No: ZGL-1-41234

SINIESTRO: 50848

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000004-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 104000.00

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 104000.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON CUATRO REGIONES ANATOMICAS TOTALMENTE DIFERENTES Y CADA RX SE CENTR UNICAMENTE EN DICHA REGION POR TANTO NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.
 SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,499,701.00
VALOR GLOSADO :	104000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	104000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



Recibido!

17 de Noviembre del 2023

20212530



 MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

 YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50848 fechada el día 23.08.18 cuyo paciente es DIAZ AYA JEFFREY

HISTORIA No. 1003810783

GLOSA No: ZGL-1-41234

SINIESTRO: 50848

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000004-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 104000.00

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 104000.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SON CUATRO REGIONES ANATOMICAS TOTALMENTE DIFERENTES Y CADA RX SE CENTRALIZA UNICAMENTE EN DICHA REGION POR TANTO NO PUEDEN SER ESTUDIOS COMPARATIVOS.
 SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,499,701.00
VALOR GLOSADO :	104000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	104000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT						No. Egreso
	RECIBIDO 08 NOV 2023						

No.	20196335	No.	166618	Siniestro	90703679	No. Factura	FEC150848	
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	03/06/2023	Fecha aviso	09/06/2023	Fecha recepción	10/10/2023
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	808541360	Vigencia	19/08/2022	hast 18/08/2023
Id tomador	1003810783	Nombre tomador						
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Id accidentado	1003810783	Nombre	JEFFREY DIAZ AYA					
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Diagnósticos							Ciuda	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
-------	--------	---------------	---------------	---	---------	--------------	-----------

1	38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
9	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCE: COD 21101 (4) ANTEBRAZO, CODO, MANO, MUÑECA DEBIDO A QUE SE HOMOLOGA CON COD 21106 (4) DE ACUERDO A LO RELACIONADO EN LA HISTORIA CLÍNICA.//	100%, 100%, 100%	565,200	104,000	461,200
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	244,200	0	244,200
1	21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS Y COXO FEMORALES		100%	69,100	0	69,100
1	19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	30,900	0	30,900
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS		100%	17,900	0	17,900
1	19749	NITROGENO UREICO		100%	14,900	0	14,900
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	45,000	0	45,000
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	43,700	0	43,700
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	77702	INSUMOS			13,900	0	13,900
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	136,701	0	136,701

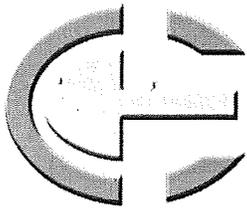
1001	Cobrado	1,499,701
1002	Obj. Parcial	104,000
1003	Liquidado	1,395,701

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

Liquidación: ELBA.ARGEL	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
----------------------------	----------	-------------	---

Revisado



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with 3 columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.18, 15:27:41, 2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50849

Table with 4 columns: ENTIDAD RESPONSABLE, TIPO CONTRATO, VIA DE INGRESO, and other details like NIT, DIRECCION, TELEFONO, etc.

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD : 23 Años

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

NEIVA

TELEFONO: 3165337090

OBSERVACIONES:

Table header for COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Main table listing surgical interventions with columns for material code, description, date, code, via, GRQ %, fact, md, cant, unit price, and total price.

ESTANCIAS

Table with 1 row: 38122 HABITACION BIPERSONAL 38122 3 312,600 937,800

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C

Autorizacion de facturacion de la Dia: 187

Modalidad ELECTRONICA D.

Cufe: a1a3b44aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P



Recibido!

MODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

na vigencia de: 12 Meses

10 de Octubre del 2023

c64be26aee1

JILLO 201903051 - 0

A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 6

42

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 10:59:17 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150849

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
afad844aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e
68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64be626aec1

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
8597119

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-17 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
90826eeff6d36e31eae44922f89109b133087816c5906ae38568
92ccada7a1d6b438c04d4b435c6800de5a6abccd5eb5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-18 03:30:13.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150849

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
afad844aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e
68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64be626aec1

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
5624f0bd02470a526e3c6d0849f4df745fc51b6bfcf1b8a2815c72
4ed5aebc47dd4fad1beb444bdb5fd88f7439b4c4ec

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-18 08:34:41.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
c7b0b925f38cbf9787e955024cfbb822d1995deafc888a4eeeecd
8615a9a9288289c3c8413e1ed66cf36203b81f76b1d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 11:10:07.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 10:59:17 AM
Página: 3



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150849

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-18 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
afad844aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e
68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64be626aec1

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
ba827693ee64239e166e93db5b6641ed490666382f02bdd778a
1c288832cff26fa8492c96c9206e16b45d4a4b4873052

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 11:10:12.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

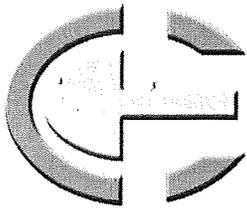
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoreteneedores de Renta
*Autoreteneedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with 3 columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.18, 15:27:41, 2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50849

Table with 4 columns: ENTIDAD RESPONSABLE, TIPO CONTRATO, VIA DE INGRESO, and other details like NIT, DIRECCION, TELEFONO.

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD : 23 Años

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

NEIVA

TELEFONO: 3165337090

OBSERVACIONES:

Table header with columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Main table listing surgical interventions with columns for code, description, date, and costs.

ESTANCIAS

Table with 1 row: 38122 HABITACION BIPERSONAL, 38122, 3, 312,600, 937,800

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

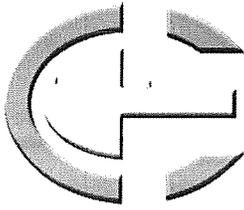
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a1a3b44aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64be626aee1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

42



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.18, 15:27:41, 2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50849

Table header: COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

Main table listing medical supplies and materials with columns for code, description, date, quantity, unit price, and total price.

MEDICAMENTOS

Table listing pharmaceuticals with columns for code, description, quantity, unit price, and total price.

OTROS

Table listing other services with columns for code, description, date, quantity, unit price, and total price.

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

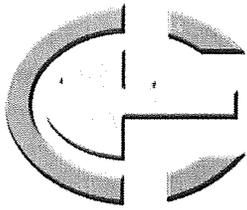
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: afad844aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64be626aec1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

41



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with 3 columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.18, 15:27:41, 2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50849

Table with columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Rows for CONSULTA PREANESTESICA and DERECHOS DE SALA DE YESOS.

Summary table with columns: VALOR BRUTO: 8,597,119, CUOT.MODER/COPAGO 0, TOTAL A PAGAR \$ 8,597,119

SON: OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.18 03:30:13 PM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: afad844aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64be626aec1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Handwritten mark '40'

FACTURA:	50849	
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9		
ABONO	\$	8,407,919
GLOSA ACEPTADA	\$	-
SALDO	\$	189,200
 DIEGO A. RODRIGUEZ		
CARTERA		





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

ENT

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado _____
 Fecha Radicaci3n:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 RG _____
 No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG} _____ Nro. Factura \Cuenta de Cobro **FEC1- 50849**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
 Codigo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

DIAZ **AYA**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
JEFFREY _____
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento:

<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PA	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	RC	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>	MS
-------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

 No. Documento: **1003810783**
 De: **41001** Fecha de Nacimiento: **1999/12/26** Sexo: F M
 Direcci3n: **CALLE 72A N IBW-65**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3165337090**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Hurac3n
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosi3n Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Direcci3n de la Ocurrencia: **CARRERA 7 CON CALLE 50**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/06/3** Hora: **01:17**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Zona: U R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
 PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWY93G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN CURVA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. P3liza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **SUZUKI** Placa: **EWY93G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplom3tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervenci3n de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8085413600** Cobro excedente P3liza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2022/08/19** Hasta: **2023/08/18**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

DIAZ **AYA**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
JEFFREY _____
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Documento de identidad:

<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PA	<input type="checkbox"/>	NIT	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	RC
-------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------	----

 No. Documento **1003810783**
 Direccion: **CALLE 72A N IBW-65**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **RIVERA** Cod. **615** Telefono: **3165337090** Total Folios: **0**

44



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

DIAZ AYA
1er.Apellido 2do.Apellido

JEFFREY
1er.Nombre 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS

No. Documento 1003810783

Dirección: CALLE 72A N 1BW-65

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 3165337090

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión Orden servicio
 Fecha de Remisión: // a las
 Prestador que remite: Código de inscripción:
 Dirección: Teléfono:
 Profesional que Remite: Cargo:
 Fecha de Aceptación: // a las
 Prestador que recibe: Código de inscripción:
 Dirección: Teléfono:
 Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporte la víctima desde: Hasta:

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona: U B

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/06/3 a las 01:36

Fecha de Egreso: 2023/06/6 a las 09:46

Diagnostico presuntivo de Ingreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico presuntivo de Egreso

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso

S617 HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Diagnostico definitivo de Egreso

S617 HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

JHOAN
1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

ALBEIRO
2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

BAZAN
1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento: CC CE PA

No. Documento 1061724214

Número de Registro de Médico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	8597119	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.06.03 HORA DE INGRESO: 01:36
SERVICIO DE EGRESO: 2-HOSPITALIZACION FECHA DE EGRESO: 2023.06.06 HORA DE EGRESO: 09:46
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S617 - HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.06.03-01:58:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWY93G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN CURVA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 01+36 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN PELVIS, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA TOBILLO DERECHO, AMBOS CODOS, ANTEBRAZOS, MUÑECA Y MANOS EN EL MOMENTO NIEGA OTROS TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO. ALIENTO ALCOHOLICO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRAR, NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA.

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 110/70 FC: 89 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 173 PESO: 60 IMC: 20 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

Normocéfalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. HIPEREMIA CONJUNTIVAL Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara RUBICUNDES FACIAL. sin lesiones traumáticas evidentes.

<<CUELLO>>

Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.

<<TORAX>>

Tórax no signos de dificultad para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.

<<ABDOMEN>>

39



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa

<<GENITOURINARIO>>

Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.

<<PELVIS>>

Pelvis estable DOLOR A LA PALPACION no hay deformidad

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA TOBILLO DERECHO, AMBOS CODOS, ANTEBRAZOS, MUÑECA Y MANOS. HERIDAS MULTIPLES EN 2, 3 Y 4 DEDO EN DORSO CON PERSIDAD DE LA EXTENSION HERIDAS PROFUNDAS CON LESION TENDINOSA MANO IZQUIERDA SANGRADO MODERADO IRREGUALERES Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

<<NEUROLOGICO>>

Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente. VERBORREICO INCORDINACION MOTORA MODERADA

<<PIEL>>

ABRASIONES EXTENSAS SUCIAS PROFUNDAS CON TIERRA EN: HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA TOBILLO DERECHO, AMBOS CODOS, ANTEBRAZOS, MUÑECA Y MANOS CADERA IZQUIERDA.

<<FANERAS>>

Sin lesiones.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

SE SOLICITA PARACLINICOS:

1 -- HEMOGRAMA. 2 -- CREATININA. 3 -- BUN. 4 - TIEMPOS (TPT, TP, INR).

**** PLAN DE MANEJO:**

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES TRAUMAS SE INICIA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ORTOPEDISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, GLASGOW 15/15 NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

388



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IM AHORA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 1000 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO MEDICO, Y VALORACION POR ORTOPEDIA.
- NADA VÍA ORAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. Y CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES
- SS LABORATORIOS
- MANTENER EXTREMIDA EN ALTO.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR ORTOPEDIA
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.06.03-02:00:54 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

EXAMEN CLINICO BEODEZ

Presentación, porte, actitud, conducta motriz: ROPA SUCIA MULTIPLES ABRASIONES

Olores asociados: Aliento Alcohólico:

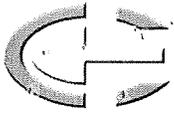
Negativo __. Discreto __. Evidente _X_. Dudoso __. Otros (describa):_____.

Sensorio: Estado de conciencia: ALERTA

Orientación: ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA

Atención: DISMINUIDA

Memoria: RECUERDA EL EVENTO



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

Afecto LLANTO FACIL, VERBORREICO

Lenguaje: Disartria: negativa __. discreta X. evidente __.
Otras alteraciones: Sí __. No X. Cuales (describa): _____.

Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección: NORMAL.

Ojos: Congestión conjuntival: Sí hay: X. No hay: __.
Pupilas: Isocóricas X. mióticas __. midriáticas __. diámetro normal X. Anisocóricas __.
Reflejo fotomotor: Normal X. Alterado __. Convergencia ocular: Normal X. Alterada __.

Reflejos Osteotendinosos: Hiporeflexia __. Hipereflexia __. Normoreflexia X.

Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:

- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz; dedo-dedo):

Normales __. Alteradas __. No se realizan X.

- Test de movimientos rápidos alternos:

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

- Prueba de Romberg:

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

- Prueba de marcha en Tamden (punta-talón):

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:

Normal __. Alterada __. No se realiza X.

Observaciones: PACIENTE EN CAMILLA MULTIPLES HERIDAS Y TRAUMA EN EXTREMIDADES

Evaluación de Nistagmus:

- Nistagmus Espontáneo: Presente __. leve __. evidente __. horizontal vertical __.

Ausente X.

- Prueba de nistagmus a mirada extrema: Positivo __. leve X. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo __. No se realiza __.

- Prueba de nistagmus posrotacional: Positivo __. leve __. evidente __. horizontal __. vertical __. Negativo __. No se realiza X.

Observaciones: PACIENTE EN CAMILLA MULTIPLES HERIDAS Y TRAUMA EN EXTREMIDADES

Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor: NO SE REALIZA

ANALISIS Y CONCLUSION.

EMBRIAGUEZ CLINICA DE ORIGEN ALCOHOLICA DE SEGUNDO GRADO.

**** FECHA: 23.06.03-02:17:44 MEDICO: / (AUXIL. FFN - NARLY TATIANA FIERRO FRANCO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

HORA INICIAL/FINAL: 02:01 / 02:04 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

36



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: NARLY TATIANA FIERRO FRANCO

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA EN 2,3 Y 4 DDO EN DORSO CON PERDIDA DE LA EXTENSION CON LESION TENDINOSA EN MANO IZQUIERDA + ABRASION EN BRAZOS, ANTEBRAZOS, CODOS Y MANOS BILATERALES + ABRASION EN RODILLAS Y TOBILLO BILATERALES + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO Y VENDAJE ELASTICO, SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 23.06.03-02:47:16 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE PELVIS: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

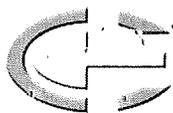
**** FECHA: 23.06.03-03:48:54 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PARACLINICOS DE: 03/06/2023

35



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 13.64 %NEUTROFILOS: 57.3 %LINFOCITOS: 37.5 HEMOGLOBINA: 16.3 %HEMATOCRITO: 46.3 MCV: 84.3 MCH: 29.7 PLAQUETAS: 213.000 TIEMPOS: TP: 11.90 TPT: 29.00 INR: 0.88 CREATININA: 0.7 BUN: 9.2

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

** FECHA: 23.06.03-06:08:50 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PARACLINICOS DE: 03/06/2023

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 13.64 %NEUTROFILOS: 57.3 %LINFOCITOS: 37.5 HEMOGLOBINA: 16.3 %HEMATOCRITO: 16.3 MCV: 84.3 MCH: 29.7 PLAQUETAS: 213.000 TIEMPOS: TP: 11.90 TPT: 29.00 INR: 0.88 CREATININA: 0.7 BUN: 9.20

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. BUENA FUNCION RENAL. TIEMPOS NORMALES.

** FECHA: 23.06.03-09:13:44 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CODO , ANTEBRAZO Y MANO IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CODO ESCORIACION TATUADA , BUENA MOVILIDAD . ANTEBRAZO IZQ ESCORIACION TATUDA EXTENSA . MANO IZQ
HERIDAS CORTOCONTUSAS CON EXPOSICION ARTICULAR DE INETRFALANGICA PROXIMAL DE 4 DEDO Y LIMITACION DE LA EXTENSION -
HERIDAS EN DORSO DE INETRFALANGICA DE 2 Y 3 DEDOS . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDAS MANO IZQ
ESCORIACIONES TATUADAS
PLAN: SE RPOGRAMA PARA CIRUGIA

** FECHA: 23.06.03-11:06:27 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUIGA POR ORTOPEDIA
SE CIERRA HISTORIA CLINICA.

** FECHA: 23.06.03-11:06:41 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

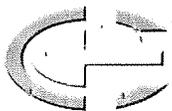
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA

SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.03-11:06:35

ESTADO A LA SALIDA:VIVO



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.03-12:53:08 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS DE MANO IZQ MAS DERMOABARASION CODO Y ANTEBRAZO IZQ.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

NORMALES

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 20/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.0

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : CODO Y ANTEBRAZO IZQ ESCORIACIONES TATUDADAS EXTENSAS . MANO IZQ HERIDAS EN DORSO DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2-3-4 DEDOS CON LIMITACION DE LA EXTENSION DEL 4 DEDO Y EXPOSICION ARTICULAR CONTAMINADAS CON TIERRA .

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX NORMALES

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS DE MANO IZQ MAS DERMOABARASION CODO Y ANTEBRAZO IZQ

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPIEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.03-12:52:57 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

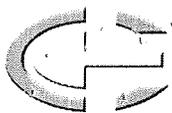
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.03-13:00:04 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS DE MANO IZQ MAS DERMOABARASION CODO Y ANTEBRAZO IZQ.



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPCRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

NORMALES

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 20/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36.0

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : CODO Y ANTEBRAZO IZQ ESCORIACIONES TATUDADAS EXTENSAS . MANO IZQ HERIDAS EN DORSO DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2-3-4 DEDOS CON LIMITACION DE LA EXTENSION DEL 4 DEDO Y EXPOSICION ARTICULAR CONTAMINADAS CON TIERRA .

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX NORMALES

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS DE MANO IZQ MAS DERMOABARASION CODO Y ANTEBRAZO IZQ

**** FECHA: 23.06.03-13:00:43 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS DE MANO IZQ MAS DERMOABARASION CODO Y ANTEBRAZO IZQ

**** FECHA: 23.06.03-13:37:47 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

PACIENTE TRAIIDO A CIRUGIA PARA DESBRIDAMIENTO MAS SUTURA DE HERIDA EN MANO IZQ MAS DERMOABRASION AREA GENERAL. SE ORDENA ANALGESIA POP

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 60 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY**

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
 FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
 EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

**** FECHA: 23.06.03-14:51:03 MEDICO: / (DR(A), FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA

PERSONAL QUE INTERVINO

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 13:00 / 14:00 DURACION: 01:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
 CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (TRES O MAS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
 TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
 TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
 TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
 SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
 SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 15624

TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO:
 VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:

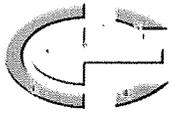
EXTENSION DE HERIDAS EN DORSO DE INTERFALANGICAS PROXIMALES DE 2DO-3ER-4TO DEDOS EN S.

HALLAZGOS:

HERIDAS EN DORSO DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2DO-3ER-4TO DEDOS CON LESION DE CAPSULA ARTICULAR Y TENDONES EXTENSORES CON FRACTURAS ABRASIVAS DE LA FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2DO-3ER-4TO DEDOS EN MANO IZQUIERDA + HERIDA EN DORSO DE MANO IZQUIERDA DE 3 CM + HERIDA DE 3 CM EN CARA LATERAL DE CODO IZQUIERDO + ABRASION EXTENSA CONTAMINADA CON TATUAJE EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO BANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA PARTA LAVADO DE LA HERIDAS CON 3000 ML DE SUERO FISIOLÓGICO E ISODINE SOLUCION, SE PRACTICO DERMOABRACION DE ESCORIACIONES EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO. LUEGO SE DESBRIDARON LAS HERIDAS DE CODO IZQUIERDO Y MANO IZQUIERDA Y DE LOS DEDOS HASTA PLANOS PROFUNDOS Y SE LAVAN HERIDAS ABUNDANTEMENTE. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA DE LAS HERIDAS EN CODO Y DORSO DE MANO IZQUIERDA POR PLANOS. LUEGO SE PRACTICA POR EXTENSION DE LAS HERIDAS DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2DO-3ER- 4TO DEDOS EN S, CAPSULORRAFIA + TENORRAFIA DE LOS EXTENSORES DE LOS DEDOS MENSIONADOS. SE CUBREN HERIDAS CON GASAS CON ISODINES Y SE INMOVILIZACION VENDAJES DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO.
 NO COMPLICACIONES.



EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

**** FECHA: 23.06.03-14:52:15 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN
HOSPITALIZAR

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
AMIKACINA 1 GR IV CADA DIA
DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

**** ANALISIS PLAN:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPIEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.03-14:52:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.03-17:43:53 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

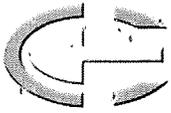
MOTIVO DE LA ATENCION

**** MOTIVO DE ATENCION:**

INGRESO A HOSPITALIZACION PRODEDENTE DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 3/6/2023 SUFRIENDO POLITRAUMATISMO, VALORADO EN NUESTRA INSTITUCION DONDE SE DOCUMENTA MULTIPLES HERIDAS EN MANO IZQ, VALORADO POR ORTOPIEDIA QUIEN ORDENA TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA, DONDE REALIZAN MANEJO QUIRURGICO Y TRASLADAN A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 112/77 FC: 84 FR: 18 TEMP: 36.4 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

MUCOSAS HÚMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACIÓN.

<<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS NI DOLOR

<<TORAX>>

RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS.

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE DIFIERE

<<PELVIS>>

ESTABLE, SIN DOLOR

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO: A LA INSPECCION, SIN EVIDENCIA DE LESIONES, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA; EXTREMIDADES: SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN ANTEBRAZO Y MANO IZQ SIN ESTEIGMAS DE SANGRADO, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, PULSOS DISTALES POSITIVOS. <<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

<<PIEL>>

ABRASIONES EXTENSAS CURADAS EN: HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA TOBILLO DERECHO, AMBOS CODOS.

<<FANERAS>>

NORMAL

**** EVOLUCION:**

***** INGRESO A PISO PRODEDENTE DE CIRUGIA *****

PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, UTILIZACION ADECUADA DE LOS EPP .

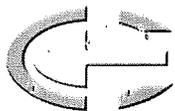
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQ Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023

29



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
4. POP DESBRIDAMIENTO AREA GENERAL 3/6/2023

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ANOTADOS, ES TRASLADADO A PISO PARA CONTINUAR MANEJO, DE INGRESO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

- DIETA NORMAL.
- LEV
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR VENDAJE.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA CONSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
 CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS. , DURACION TRATAM: 24, VIA:
 INTRAVENOSA DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS. , DURACION TRATAM: 24,
 VIA: INTRAVENOSA TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM:
 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA IV , DURACION TRATAM:
 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS,
 DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.03-21:09:59 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

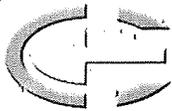
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, UTILIZACION ADECUADA DE LOS EPP .

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQ Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL 3/6/2023

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE ESTER BIEN, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, TOLERNADO LA VIA ORAL

OBJETIVO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONCIENTE, ORANTADO, HIDRATADO, AFEBRIL.

SIGNOS VITALES. TA: 124/74 MM HG, FC:76 X MIN, FR; 18 X MIN SAO2: 98% T°: 36.6

CABEZA Y CUELLO: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES APARENTES MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, OTOSCOPIA NORMAL, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES APARENTES

TORAX: NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES,

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS

PELVIS: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN

DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA

EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA EN LAS 4 EXTREMIDADES.; SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN ANTEBRAZO Y MANO IZQ SIN ESTEIGMAS DE SANGRADO, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, PULSOS DISTALES POSITIVOS. CON ABRASION CURADA PERILESIONAL

NEUROLOGICO: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++)

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS EN RELACION A ESTANCIA HOSPITALARIA, CON ADECUADA MODULACION DE DOLOR, NO FIEBRE, NO PARESTESIAS, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO, ATENTOS A CONDUCTAS ADICIONALES.

PLAN

CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

**** FECHA: 23.06.04-00:45:52 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

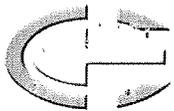
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

NOTA EVOLUCION MEDIA NOCHE

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 131/75 FR: 19 T: 36.2,FC: 74 SATO2: 96% GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA

24

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY**

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:

CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 23.06.04-06:57:59 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, UTILIZACION ADECUADA DE LOS EPP .

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQ Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL 3/6/2023

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE ESTER BIEN, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, TOLERNADO LA VIA ORAL

OBJETIVO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONCIENTE, ORANTADO, HIDRATADO, AFEBRIL.

SIGNOS VITALES. TA: 125/76 MM HG, FC:78 X MIN, FR: 19 X MIN SAO2: 97% T°: 36.4

CABEZA Y CUELLO: NORMOCONFIGURADA, SIN LESIONES APARENTES MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, OTOSCOPIA NORMAL, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES APARENTES

TORAX: NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES,

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS

PELVIS: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN

DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DEFORMIDAD EN COLUMNA

EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA EN LAS 4 EXTREMIDADES,: SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN ANTEBRAZO Y MANO IZQ SIN ESTEIGMAS DE SANGRADO, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, PULSOS DISTALES POSITIVOS. CON ABRASION CURADA PERILESIONAL

NEUROLOGICO: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (+++).

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS EN RELACION A ESTANCIA HOSPITALARIA, CON ADECUADA MODULACION DE DOLOR, NO FIEBRE, NO



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

PARESTESIAS, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO, ATENTOS A CONDUCTAS ADICIONALES.

PLAN

CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS.

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA IV

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILIR MEDICAMENTOS

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.04-11:28:10 MEDICO: / (DR(A), FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQ Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL 3/6/2023

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

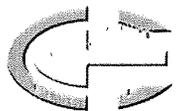
EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR PASA BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO.

SIGNOS VITALES: TA: 110/70. FR: 18. T: 36.9. FC: 78. SATO%: 98%. GLASGOW: 15/15.

EXAMEN FISIO NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPIRATORIA MANO IZQUIERDA HERIDA QUIRURGICA BUEN ESTADO EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA A NIVEL ANTEBRAQUIO-PALMAR CON VENDAJE DE JONES CON NEUROVASCULAR NORMAL. ABRASIONES MULTIPLES EN PIEL LIMPIAS.

ANALISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO CON SIGNOS ESTABLE EVOLUCION ADECUADA EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICOTERAPIA

25



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

CONSOLIDANDO MANEJO DADA LA COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES.

PLAN: MANTIENE TRATAMIENTO MEDICO.

**** FECHA: 23.06.04-15:58:15 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 110/70 FR: 18 T: 36.5, P: 81 SATO2: 98% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO DEL POP, POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO MEDICO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:

CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 23.06.04-19:53:40 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQ Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQ 3/6/2023
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL 3/6/2023

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

PACIENTE CON MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 110/72 FR: 18 T: 36.5, P: 77 SATO2: 97% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO DEL POP, POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO MEDICO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:

24



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 23.06.05-00:16:49 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

PACIENTE EN EL MOMENTO BAJO TRATAMIENTO INSTAURADO, EN SEGUIMIENTO, PASANDO BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO SIGNOS ESTABLES SE CONTINUA TRATAMIENTO Y VIGILANCIA.

**** FECHA: 23.06.05-06:31:47 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQUIERDA. Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL, (3/6/2023).

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIÓTICO, EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR ADECUADO CONTROL DEL DOLOR CON LA MEDICACIÓN NIEGA FIEBRE, PASO BUENA NOCHE TOLERA LA VÍA ORAL.

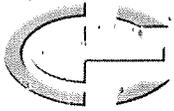
AL EXAMEN FÍSICO CON TA 120/70 FR: 18 T: 36.7 FC: 78 SATO2: 97%

NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA VENDAJE DE JONES EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANÁLISIS: PACIENTE EN MANEJO ANTIBIÓTICO Y ANALGÉSICO, EN SEGUIMIENTO DEL POP, POR TRAUMATOLOGIA, CONSOLIDANDO MANEJO, EN EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, ESTABLE, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTEMICOS, POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA INTRAHOSPITALARIO. SE EXPLICA A PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

23



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**** FECHA: 23.06.05-08:55:22 MEDICO: / (DR(A), FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQUIERDA. Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

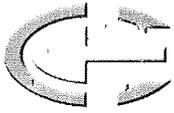
PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL, (3/6/2023).

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

22



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR PASA BUENA NOCHE DOLOR CONTROLADO.

SIGNOS VITALES: TA: 115/70. FR: 18. T: 36.5. FC: 73. SATO%: 98%. GLASGOW: 15/15.

EXAMEN FISIO NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPIRATORIA ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA VENDAJE DE JONES EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA, HERIDA QUIRURGICA BUEN ESTADO SIN SANGRADO, MOVILIDAD ACEPTABLE, CON NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO CON SIGNOS ESTABLE EVOLUCION ADECUADA EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICOTERAPIA DUAL DADA LA COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES REQUIERE CONTINUAR ANTIBIOTICOTERAPIA HOSPITALARIA, POSIBLE SALIDA MAÑANA SEGUN EVOLUCCION.

PLAN: MANTIENE TRATAMIENTO MEDICO.

**** FECHA: 23.06.05-18:32:10 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

NOTA TARDE

SE VALORA Y EXAMINA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DX ANOTADOS, QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO AFEBRIL CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA, VENDAJE DE JONES EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA, SIN SANGRADO ACTIVO, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

**** FECHA: 23.06.06-00:02:14 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

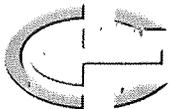
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQUIERDA. Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL, (3/6/2023).



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783	SEXO: MASCULINO	DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65	
FCHA.NACTO: 1999.12.26	EDAD: 23 A	CIUDAD: NEIVA	TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO	RH: O+		

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

S: ESTOY BIEN, SIN DOLOR, NIEGA PICOS FEBRILES

TA: 105/60 FR: 17 T: 36.4 FC: 72 SATO%: 97%. GLASGOW: 15/15.

EXAMEN FISIO NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPIRATORIA ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA VENDAJE DE JONES EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA, HERIDA QUIRURGICA BUEN ESTADO SIN SANGRADO, MOVILIDAD ACEPTABLE, CON NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS:

EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO HEMODINAMICO, HERIDAS EN BUEN ESTADO, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA 24 HORAS.

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.06-07:08:23 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

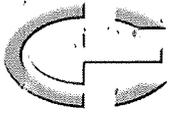
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQUIERDA. Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
4. POP DESBRIDAMIENO AREA GENERAL, (3/6/2023).



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

S: TRANQUILO NIEGA PICOS FEBRILES

TA: 110/60 FR: 18 T: 36.6 FC: 73 SATO%: 97%. GLASGOW: 15/15.

EXAMEN FISIO NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS SIN DIFICULTA RESPIRATORIA ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA VENDAJE DE JONES EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA, HERIDA QUIRURGICA BUEN ESTADO SIN SANGRADO, MOVILIDAD ACEPTABLE, CON NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS:

EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN DETERIORO HEMODINAMICO, HERIDAS EN BUEN ESTADO, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

**** FECHA: 23.06.06-09:26:25 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: UN GR EV CADA DIA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DOS GR EV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC EV HORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG EV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.06-09:43:21 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

SE VALORA PACIENTE PREVIA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS Y USANDO LOS EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MINSALUD Y LA OMS.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. HERIDAS DORSLES A NIVEL DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
2. LESION DE CAPSULA ARTICULAR (INTERFALANGICA PROXIMAL) Y TENDONES EXTENSORES DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
3. FRACTURA ABRASIVAS DE LAS FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.
4. HERIDA EN DORSO MANO IZQUIERDA. Y HERIDA EN CODO IPSILATERAL
5. ABRASIONES MULTIPLES

PROCEDIMIENTOS:

1. POP LAVADO MAS DESBRIDAMEINTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
2. POP CAPSULORRAFIA Y RENORRAFIA EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
 FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
 EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

3. POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS EN 2, 3 Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA. (3/6/2023).
4. POP DESBRIDAMIENTO AREA GENERAL, (3/6/2023).

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA.

S/ SIN ACOMPAÑANTE AL MOMENTO DE LA VALORACION, REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERA VIA ORAL, DOLOR CONTROLADO NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA.

OBJETIVO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL.

SIGNOS VITALES: TA: 130/90 MMHG FR: 16 RPM T: 36.8°C FC: 73. SATO%: 98%. GLASGOW: 15/15.

CABEZA: NORMOCEFALO HIDRATADO CONJUNTIVAS ROSADAS

TORAX: SIN DIFICULTA RESPIRATORIA, CORAON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS

ABDOEMN: BALNDO DEPRESIBLE, NO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

EXTREMIDAEDS: ABRASIONES EN FASE DE CICATRIZACION EN ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO DERECHA, HOMBRO, BRAZO RODILLA IZQUIERDA VENDAJE DE JONES EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA CON ESTIGMAS DE SANGRADO, SIN SANGRADO ACTIVO, MOVILIDAD ACEPTABLE, CON NEUROVASCULAR NORMAL.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CLINICAMENTE ESTABLE, CON EVOLUCION A LA MEJORIA, YA COMPLETO 72 HORAS DE MANEJO ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIO, POR LO QUE SE INDICA ALTA HOSPITALARIA, SE EXPLIAC A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

CAMBIO DE VENDAJE ELASTICO

SALIDA CON:

CONTROL CON ORTOPEDIA EN 12 DIAS

MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO

RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

** CONDUCTA:

** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS20

IBUPROFENO TAB X 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS20

CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

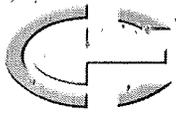
ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS. SOLO EN CRISIS DE DOLOR. TOTAL 10 TABLETAS

TMP/SMX (tab 160/800mg) TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE, OLOR FETIDO, SECRECION O SANGRADO POR LAS HERIDAS, ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA.
- SI TIENE "RASPONAS", REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO



EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65
FCHA.NACTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3165337090
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SE NEGREEN LAS CICATRIZ.

- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- EN CASO DE QUE LE HALLAN REALIZADO INMOVILIZACION NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL. DEBE DE UTILIZAR UNA BOLSA PLASTICA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE REDOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 12 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.06.06-09:46:07 MEDICO: / (DR(A), ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 09:32 / 09:43 DURACION: 00:11

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

HOMBRO, MMSS O TOBILLO VIA: 1 QUIEN REALIZA: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

EN SALA DE YESOS SE REALIZA CAMBIO DE VENDAJE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2"
PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

**** FECHA: 23.06.06-09:46:13 MEDICO: / (DR(A), ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** CONDUCTA:**

**** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO ****

EN SALA DE: SALA DE YESOS
HOMBRO, MMSS O TOBILLO
EN SALA DE YESOS SE REALIZA CAMBIO DE VENDAJE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2"
PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

**** FECHA: 23.06.06-09:46:59 MEDICO: / (DR(A), ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57770

**** DE LA IDENTIFICACION ****
PACIENTE: DIAZ AYA JEFFREY

DOC.IDENT: CC 1003810783

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

FCHA.NACTO: 1999.12.26

EDAD: 23 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3165337090

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

** CONDUCTA:

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.06-09:46:42

ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: VEINTE (20) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

TIPO

GRADO

CONFIRMADO: S617 - HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

RELACIONADO 1: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Mario Augusto Saavedra Orjuela

 Médico General
 C.C. 14139653

DR@. MARIO AUGUSTO SAAVEDRA

ORJUELA

REG. MED: 14139653



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15624

Orden de Servicio N°mero: 180-1 -160829

Fecha 03/06/23

Nombre Paciente: DIAZ AYA JEFFREY

1003810783 Edad: 23

Sexo: M

Hora inicio 13:00 Hora fin: 14:00 Duraci3n: 01:00 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi3logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

InstrumentacionSINDY CESPEDES

Clase de cirugia: HOSPITALARIA

Tipo de cirugia: URGENCIAS

Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn3sticos Pre-Operatorios:

Diagn3sticos Post-Operatorios:

1. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO IZQ

1. S610-HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO IZQ

2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C3digo	Descripci3n	MÚdico	Vía
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	FGR	1 - 1i Interv 100%
14331	CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (TRES O MAS)	FGR	1 - 1i Interv 100%
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	FGR	1 - 1i Interv 100%
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	FGR	1 - 1i Interv 100%
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	FGR	1 - 1i Interv 100%
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	FGR	1 - 1i Interv 100%
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci3n: INCISION:
EXTENSION DE HERIDAS EN DORSO DE INTERFALANGICAS PROXIMALES DE 2DO-3ER-4TO DEDOS EN S.

HALLAZGOS:

HERIDAS EN DORSO DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2DO-3ER-4TO DEDOS CON LESION DE CAPSULA ARTICULAR Y TENDONES EXTENSORES CON FRACTURAS ABRASIVAS DE LA FALANGES PROXIMAL Y MEDIA DE 2DO-3ER-4TO DEDOS EN MANO IZQUIERDA + HERIDA EN DORSO DE MANO IZQUIERDA DE 3 CM + HERIDA DE 3 CM EN CARA LATERAL DE CODO IZQUIERDO + ABRASION EXTENSA CONTAMINADA CON TATUAJE EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO BANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA PARTA LAVADO DE LA HERIDAS CON 3000 ML DE SUERO FISIOLÓGICO E ISODINE SOLUCION, SE PRACTICO DERMOABRACION DE ESCORIACIONES EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO. LUEGO SE DESBRIDARON LAS HERIDAS DE CODO IZQUIERDO Y MANO IZQUIERDA Y DE LOS DEDOS HASTA PLANOS PROFUNDOS Y SE LAVAN HERIDAS ABUNDANTEMENTE. ENSEGUIDA SE PRACTICO SUTURA DE LAS HERIDAS EN CODO Y DORSO DE MANO IZQUIERDA POR PLANOS. LUEGO SE PRACTICA POR EXTENSION DE LAS HERIDAS DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2DO-3ER- 4TO DEDOS EN S, CAPSULORRAFIA + TENORRAFIA DE LOS EXTENSORES DE LOS DEDOS MENSIONADOS. SE CUBREN HERIDAS CON GASAS CON ISODINES Y SE INMOVILIZACON VENDAJES DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO.
NO COMPLICACIONES.

Anatomía Patol3gia:

Pag. 1

Complicaci3n:

Descripci3n de la complicaci3n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15624

Orden de Servicio N.º: 180-1 -160829

Fecha 03/06/23

Nombre Paciente: DIAZ AYA JEFFREY

1003810783 Edad: 23

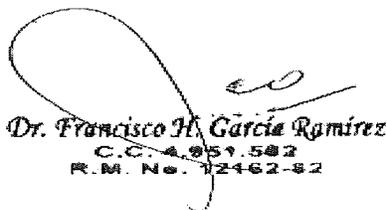
Sexo: M

Complicaci³n:

Descripci³n de la complicaci³n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen


 Dr. Francisco H. García Ramírez
 C.C. 4.951.582
 R.M. No. 12462-82

CIRUJANO



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1003810783

ADMISION N_: 160829

NOMBRE: DIAZ AYA JEFFREY Num. Id.: CC 1003810783
 FECHA NACIMIENTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
 FECHA DE INGRESO: 2023.06.03 HORA DE INGRESO: 12:53:08 Fecha/Hora de registro: 2023.06.03 12:53
 DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3165337090
 OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS RESPONSABLE: NORBEYI AYA
 DIRECCION: _____
 OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.06.03

<< REGISTRO: 12:53:08 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO FINALIDAD: 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA TIPO DIAG: NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS DE MANO IZQ MAS DERMOABARASION CODO Y ANTEBRAZO IZQ.

REVISION POR SISTEMA

NORMALES

ANTECEDENTES

---<<2023.06.03-01:58:49>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
 H.U. 160814

..* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: Niega * FUR: N/A

---<<2023.06.03-13:43:38>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
 V.PREANES: 160829

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES TA: 20/80 FC: 80 FR: 18 Tmp: 36.0 PESO: TALLA:

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1003810783

ADMISION N_: 160829

NOMBRE: DIAZ AYA JEFFREY Num. Id.: CC 1003810783
 FECHA NACIMIENTO: 1999.12.26 EDAD: 23 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
 FECHA DE INGRESO: 2023.06.03 HORA DE INGRESO: 12:53:08 Fecha/Hora de registro: 2023.06.03 12:53
 DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3165337090
 OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS RESPONSABLE: NORBEYI AYA
 DIRECCION: _____
 OBSERVACION _____ (Inst)

RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : CODO Y ANTEBRAZO IZQ ESCORIACIONES TATUDADAS EXTENSAS . MANO IZQ HERIDAS EN DORSO DE INTERFALANGICA PROXIMAL DE 2-3-4 DEDOS CON LIMITACION DE LA EXTENSION DEL 4 DEDO Y EXPOSICION ARTICULAR CONTAMINADAS CON TIERRA .

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

ANALISIS/PLAN

PLAN

DESBRIDAMIENTO Y SUTURA DE HERIDAS DE MANO IZQ MAS DERMOABARASION CODO Y ANTEBRAZO IZQ

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.03-12:52:57 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX NORMALES

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano

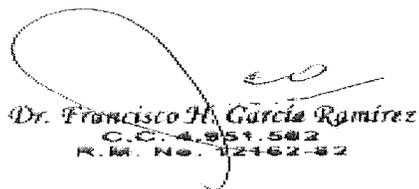
SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.06.03

HORA DE EGRESO: 12:52:57

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12162-82

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 160829 - 10000

NOMBRE: DIAZ AYA JEFFREY C.C. -TI-RC-OTRO 1003810783
 EDAD: 23 A FECHA DE NACIMIENTO: 1999.12.26 SEXO: M
 DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65 TELEFONO: 3165337090
 ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: NORBEYI AYA TELEFONO: 3105987166

FECHA: 2023.06.03 CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: LAVADO Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO MAS TENORRAFIA DE EXT

ANTECEDENTES:

HISTORICO

---><<2023.06.03-01:58:49>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 160814

..* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR:

N/A

---><<2023.06.03-13:43:38>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 160829

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 126/70 FC: 92 FR: 23 PESO: 60 TEMPERATURA: 37

CABEZA:

SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:

APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:

DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:

CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:

SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:

ABRASIONES EN BRAZO IZQUIERDO, ANTEBRAZOS, MANOS, CADERA IZQUIERDA Y RODILLAS, CON TATUAJE POR FRICCION DE PAVIMENTO Y CONTAMINACION POR TIERRA Y PIEDRAS. HERIDAS DE BORDES IRREGULARES, MACERADOS, EN ANTEBRAZO, MANO Y DEDOS IZQUIERDOS, CON FRACTURA DE FALANGES Y LESION DE CAPSULA Y TENODES EXTENSORES

OTROS:

SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 160829 - 10000

NOMBRE: DIAZ AYA JEFFREY C.C. -TI-RC-OTRO 1003810783
 EDAD: 23 A FECHA DE NACIMIENTO: 1999.12.26 SEXO: M
 DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65 TELÉFONO: 3165337090
 ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: NORBEYI AYA TELÉFONO: 3105987166

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: Hb: Glicemia: BUN: Creat: PT: PTT: Plaq:

INR: Hemoclasificación: Grupo:

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T016

HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)

PLAN:

ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO

MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofono

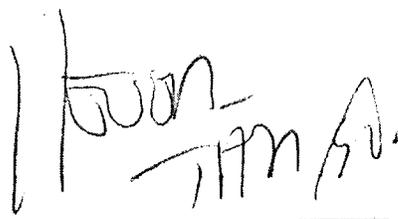
ESTADO SALIDA: VIVO

FECHA: 2023.06.03

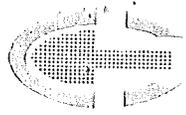
HORA: 13:00:32

SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA:



RM: 11771/90



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

Diaz		Aya		Je Frey		No. HISTORIA CLINICA	
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		10038 / 0783	
FECHA		EDAD		SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
3	16	22	23	H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	1.73	60	1 3 4 5 U
Día	Mes	Año	Hora	Años	Meses	Días	
SERVICIO						SALA O CUARTO	
						No. DE CAMA	
ANESTESIAS PREVIAS							

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	ER.	EC.	TA.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRI.	PRO.TOT.	ALBUM	TyA PROT	TCOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.
DIAGNOSTICO: <i>huello - caso abaya - bajo albun - mpo</i>																
OPERACION PROPUESTA: <i>Desmido de...</i>																
ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAQ-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS																
H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> S Kpx - NO OX - NO AL - NO																
ESPECIFICO																
FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA DIENTES CUELLO INT SI NO NO N N N																
HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO																
TIPO BLOQUEO PERIDURAL ESPINAL GENERAL RESP Y SUP LAM EN NO ASJ NO C.C. PREMEDICACION																
ESTADO PSICOLOGO																
FIRMA																

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

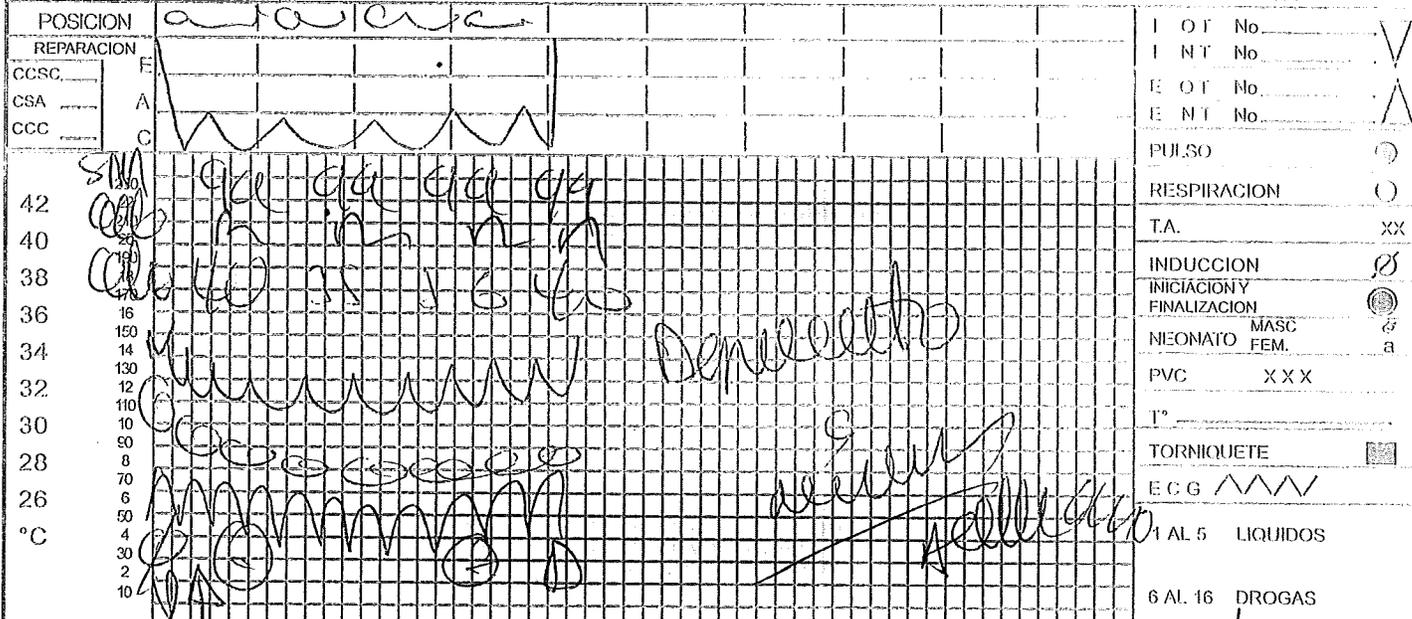
POSICION																					
REPARACION A																					
C																					
40	180											NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS	
38	170											HEMORRAGIA	REFLEJOS	MOTILIDAD	COMENTARIOS						
36	160											Recuperao 01 CONCIENCIA 02 DIURESIS 01 SENSIBILIDAD 02 PIEL 01									
34	150											Ingres. Urolog a sala de recuperacion bajo anestesia general.									
32	140											S. compl.									
30	130																				
28	120																				
26	110																				
26	100																				
26	90																				
26	80																				
26	70																				
26	60																				
26	50																				
26	40																				
26	30																				
26	20																				
26	10																				
HORA																					
1	2	3	HORA SALIDA Y MOTIVO																		
4	5	6	Mpo																		
7	8	9	FIRMA																		
10	11	12																			

EFFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. () B.C. () R.C. () M.C. ()

DIAG PREOPERATORIO: *leeds en problema renal*
 DIAG POSTOPERATORIO: *leeds en problema renal*
 OBTENIDO: *Family + Director*
 ANESTESIOLOGOS: *Hummer* CIRUJANOS: *Esca - de Juan*
 TIEMPO LIQUIDO: _____ LOCAL: _____ BLOQUEO: *GEN* GENERAL: *W* CAUDAL: _____ OTRA: _____
 AYUNO SOLIDO: _____ DESOCIATIVA: _____ EPIDURAL: _____ ESPINAL: _____ ESPACIO: _____ NIVEL: _____ AGUA: _____



MORA

AGENTES	<i>salbutamol</i>	<i>1/2</i>
1	<i>Hummer</i>	<i>su</i>
2		
3		
4		
5		
HEMORRAGIAS		
DIURESIS		

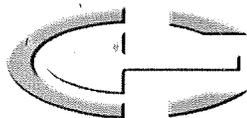
6 AL 16: *DRUGAS*

6 *Es* *Ful*
 7 *W*
 8 *W*
 9 *W*
 10 *W*
 11 *W*
 12 *W*
 13 *W*
 14 *W*
 15 *W*
 16 *W*

TOTALS	1	2	3	4
	5	6 <i>120</i>	7 <i>28</i>	8 <i>8</i>
	9 <i>120</i>	10 <i>2</i>	11 <i>50</i>	12
	13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR: *Colect* ESTADO AL SALIR: *Colect*
 AL QUIROFANO: *Colect* DEL QUIROFANO: *Colect*

OBSERVACIONES:
Hummer
Puoxipeder *W* *W* *W*
W *W* *W* *W*
W *W* *W* *W*
W *W* *W* *W*



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 3-Jun-2023

10:52:3

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	AMBULATORIA
860028415	LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 07	CIRUGIA AMBULATORIA
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.06.0 11:07
001 0 SOAT		OTRO REGIMEN	EDAD	Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1003810783 DIAZ AYA JEFFREY		1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 72A N 1BW-65	3165337090

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.06.03	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.06.03	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	60.00
2023.06.03	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2023.06.03	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	3.00
2023.06.03	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	60.00
2023.06.03	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	MVT	1.00
2023.06.03	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	10.00
2023.06.03	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	6.00
2023.06.03	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.06.03	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	MVT	3.00
2023.06.03	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	MVT	4.00
2023.06.03	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	MVT	1.00
2023.06.03	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	MVT	1.00
2023.06.03	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2023.06.03	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	MVT	1.00
2023.06.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	300.00
2023.06.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	300.00
2023.06.03	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA NO. 23X 11/2 PRECISION CARE	MVT	1.00
2023.06.03	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.06.03	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.06.03	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	MVT	1.00
2023.06.03	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	MVT	1.00
2023.06.03	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	MVT	2.00
2023.06.03	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	MVT	2.00
2023.06.03	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.06.03	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	MVT	1.00
2023.06.03	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.06.03	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.06.03	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.06.03	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	MVT	2.00
2023.06.03	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00

PACIENTE: #1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD: 23

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

TELEFONO: 3165337090

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-57010

FECHA SINIESTRO: 2023.06.02

N° POLIZA: 8085413600

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 3 de junio de 2023						
18:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	SSA1	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	SSA1	
18:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	SSA1	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	SSA1	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	SSA1	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	SSA1	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	SSA1	
22:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	SSA1	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	

TOTAL SUMINISTRADO: 14.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 4 de junio de 2023						
02:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	VACI	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
06:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VACI	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
10:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFA	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
10:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
10:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
14:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFA	
14:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	NRI	

PACIENTE: #1003810783

DIAZ AYA JEFFREY

EDAD: 23

DIRECCION: CALLE 72A N IBW-65

TELEFONO: 3165337090

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-57010

FECHA SINIESTRO: 2023.06.02

N° POLIZA: 8085413600

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	NRI	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
22:00:00	TRAMADOL.CLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 50.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 5 de junio de 2023

02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	TRAMADOL.CLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
10:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
10:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
10:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	VACI	
10:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	
10:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VACI	
10:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	
14:00:00	TRAMADOL.CLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	VACI	
14:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	
18:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
18:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
18:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MFA	
18:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
22:00:00	TRAMADOL.CLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	

5

PACIENTE: 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD: 23

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

TELEFONO: 3165337090

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-57010

FECHA SINIESTRO: 2023.06.02

N° POLIZA: 8085413600

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
------	-----------------------------	-------	-----------	-------	--------	----------

TOTAL SUMINISTRADO: 51.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 6 de junio de 2023

02:00:00	CLOURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
02:00:00	CLOURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
02:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	NRI	
02:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
02:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	NRI	
02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
02:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
06:00:00	TRAMADOL.CLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
06:00:00	CLOURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	DERLYMOR	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DERLYMOR	

TOTAL SUMINISTRADO: 21.00

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.810.783

DIAZ AYA

APELLIDOS
JEFFREY

NOMBRES
Jeffrey Diaz



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10026954921

PLACA EWY93G	MARCA SUZUKI	LÍNEA GIXXER 250	MODELO 2723
CILINDRADA CC 249	COLOR NEGRO MATE	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERÍA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/P&J 2
NÚMERO DE MOTOR EJA1-153162	REG N	VIN 9FSED24L2PC104768	
NÚMERO DE SERIE *****	REG N	NÚMERO DE CHASIS 9FSED24L2PC104768	REG N
PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DIAZ AYA JEFFREY		IDENTIFICACIÓN C.C. 1003810783	


 INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1999**
NEIVA
 (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 **O+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
03-ENE-2018 NEIVA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1900100-00070290-M-1003610783-20180118 0059160761A 1 46419527

RESTRICCIÓN MOVILIDAD BLINDAJE POTENCIA HP
 ----- 20
 DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN VE FECHA IMPORT. PUERTAS
 162022000013249 1 06/08/2022 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTD. FECHA VENCIMIENTO
 19/08/2022 19/08/2022 *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO
 INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA




LTO?001644982



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHICULO:	EWY93G	ESTADO DEL VEHICULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10026954921	CLASE DE VEHICULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		
Información general del vehículo			
MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	GIXXER 250
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO MATE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	EJA1-153162
NÚMERO DE CHASIS:	9FSED24L2PC104768	NÚMERO DE VIN:	9FSED24L2PC104768
CILINDRAJE:	249	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	19/08/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TToYTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHICULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8085413600	18/08/2022	19/08/2022	18/08/2023	130	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
4308004340008000	03/08/2023	19/08/2023	18/08/2024	130	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/11

SEÑORES:
LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50849 fechada el día 23.08.18 cuyo paciente es DIAZ AYA JEFFREY

HISTORIA No. 1003810783

GLOSA No: ZGL-1-41224

SINIESTRO: 50849

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 23700.00

JUSTIFICACION:

107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
ACEPTADA IPS 1 INSTANCIA 23700.00

VALOR A

JUSTIFICACION:

998 SUBSANADA PARCIAL (GLOSA O DEVOLUCION PARCIALMENTE ACEPTADA)
SE ACEPTA GLOSA

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 152772.00

JUSTIFICACION:

106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 79000.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del

Recibido!
16 de Noviembre del 2023
20211428

equidad
seguros



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/11

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50849 fechada el día 23.08.18 cuyo paciente es DIAZ AYA JEFFREY

HISTORIA No. 1003810783

GLOSA No: ZGL-1-41224

SINIESTRO: 50849

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 23700.00

JUSTIFICACION:

107

MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:
 ACEPTADA IPS 1 INSTANCIA 23700.00 23700.00

JUSTIFICACION:

998 SUBSANADA PARCIAL (GLOSA O DEVOLUCION PARCIALMENTE
 ACEPTADA)

SE ACEPTA GLOSA

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 152772.00

JUSTIFICACION:

106

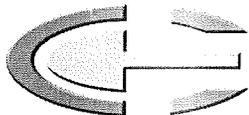
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 79000.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, INSUMOS UTILIZADOS EN CIRUGIA POR LO QUE SE FACTURA DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 57. Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:

JUSTIFICACION:

plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO: VALOR ACEPTADO:
 ACEPTADA IPS 1 INSTANCIA 152772.00 73772.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
 MATERIALES

>> ITEM GLOSADO 3: SOL-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:

102
 CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
 NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: SOL-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:

102
 CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	8,597,119.00
VALOR GLOSADO :	286672.00
ACEPTADO IPS :	97472.00
VALOR REFUTADO:	189200.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT	No. Egreso
	RECIBIDO 08 NOV 2023	

No.	20196339	No.	166618	Siniestro	90703679	No. Factura	.FEC150849		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	03/06/2023	Fecha aviso	09/06/2023	Fecha recepción	10/10/2023	
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	808541360	Vigencia	19/08/2022	hast	18/08/2023
Id tomador	1003810783	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1003810783	Nombre	JEFFREY DIAZ AYA						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S617						Ciudad	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
-------	--------	---------------	---------------	---	---------	--------------	-----------

1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE: COD 39137, 39139 DEBIDO QUE ESTÁ INCLUIDO EN ART 48 DEC 2423/96.	100%	55,100	55,100	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE: COD 39137, 39139 DEBIDO QUE ESTÁ INCLUIDO EN ART 48 DEC 2423/96.	100%	55,100	55,100	0
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	86,100	0	86,100
3	14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	//	100%, 100%, 100%	949,200	0	949,200
3	39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 09	//	100%, 100%, 100%	542,800	0	542,800
3	39120	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 09	//	100%, 100%, 100%	259,600	0	259,600
3	39211	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 09	//	100%, 100%, 100%	1,570,000	0	1,570,000
4	39303	MATERIALES DE SUTURA, CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09	//	100%, 100%, 100%, 100%	1,199,100	0	1,199,100
2	15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	/	100%, 100%	218,000	0	218,000
3	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05	//	100%, 100%, 100%	249,500	0	249,500
1	15183	DERMOABRACIÓN ÁREA GENERAL	/	100%	163,500	0	163,500
2	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 05	/	100%, 100%	389,000	0	389,000
2	39302	MATERIALES DE SUTURA, CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06	/	100%, 100%	238,600	0	238,600
1	14332	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS (UNA A DOS)	/	100%	194,200	0	194,200
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 08	/	100%	114,700	0	114,700
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08	/	100%	50,900	0	50,900
1	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 08	/	100%	344,400	0	344,400
3	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL	/	100%	937,800	0	937,800
1	37207	HOMBRO, MMSS O TOBILLO	/	100%	70,000	0	70,000
1	77702	INSUMOS	MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96. NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996. MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA		194,372	152,772	41,600

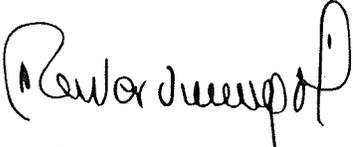
INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 NO SE RECONOCE VENDAS, GUANTES TALLA M, HOJA BISTURY, GUANTES ESTERILES, COMPRESA ESTERIL, PROLENE, DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.
 MASCARA LARINGEA, MASCARA FACIAL DEBIDO A QUE ESTA INCLUIDO EN ART 55 DEC 2423/96.
 DE ACUERDO A ART. 55 DECRETO 2423 DE 1996.

1	77701	MEDICAMENTOS	NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS, , , NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS, NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS, ,	100%	715,147	23,700	691,447
---	-------	--------------	--	------	---------	--------	---------

1001	Cobrado	8,597,119
------	---------	-----------

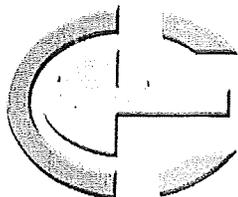
1002	Obj. Parcial	286,672
1003	Liquidado	8,310,447

Liquidación: YERALDINE.MERCADO	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
-----------------------------------	----------	-------------	---



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA,2023.08.18	15:27:41	2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50849

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)		TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO		EVENTO	AMBULATORIA
DIRECCION: GRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS	160829,160837
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.06.03 - 01:36 2023.06.06 - 09:46

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1003810783 DIAZ AYA JEFFREY

EDAD: 23 Años

DIRECCION: CALLE 72A N 1BW-65

NEIVA

TELEFONO: 3165337090

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	6-Jun-2023	S56101					ARS	1	86,100	86,100
	1l Interv 100%										
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	3-Jun-2023	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO	FGR	1	474,600	474,600
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jun-2023	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	271,400	271,400
39120	GRUPO 09	3-Jun-2023	39120	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	129,800	129,800
39211	GRUPO 09	3-Jun-2023	39211	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	785,000	785,000
39303	GRUPOS 07 08 09	3-Jun-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2l+ Unic Via,=Ciruj										
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	3-Jun-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jun-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
	2l+ #Via, =Ciruj										
15183	DERMOABRACION AREA GENERAL	3-Jun-2023	39003	4	05	75.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	163,500	163,500
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jun-2023	39103	4	05	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	106,900	106,900
39207	GRUPO 05	3-Jun-2023	39207	4		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	3-Jun-2023	39302	4		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
	2i=Via,#R,=Ciruj										
14331	CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (TRES O MAS)	3-Jun-2023	39006	7	08	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jun-2023	39106	7	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	3-Jun-2023	39119	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
39210	GRUPO 08	3-Jun-2023	39210	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	3-Jun-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	3-Jun-2023	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	237,300	237,300
14212	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS (CADA UNO)	3-Jun-2023	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	237,300	237,300
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jun-2023	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	135,700	135,700
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jun-2023	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	135,700	135,700
39120	GRUPO 09	3-Jun-2023	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	64,900	64,900
39120	GRUPO 09	3-Jun-2023	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	64,900	64,900
39211	GRUPO 09	3-Jun-2023	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	392,500	392,500
39211	GRUPO 09	3-Jun-2023	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	392,500	392,500
39303	GRUPOS 07 08 09	3-Jun-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
39303	GRUPOS 07 08 09	3-Jun-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
15110	SUTURA HERIDA, EXCEPTO CARA	3-Jun-2023	39003	7	05	50.00%	1-CIRUJANO	FGR	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	3-Jun-2023	39103	7	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
39207	GRUPO 05	3-Jun-2023	39207	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	3-Jun-2023	39302	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						3	312,600	937,800
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

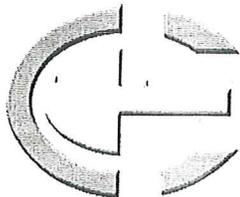
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: a1a3b44aed1691c160drc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdaac7e68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64de626aec1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

42



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.18	15:27:41	2023.09.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50849

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								3	10,414	31,242
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								4	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	1,260	7,565
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								34	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								8	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8.0								2	1,500	3,000
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								2	0	0
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								2	4,800	9,600
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	530	530
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	391	391
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	1,500	3,000
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	1,261	5,044
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								19	500	9,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								18	600	10,800
	COMPRESAS ESTERILES ULTRAMED								10	2,300	23,000
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA NO. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	200	200
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								6	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	4,892	34,244
19996775	ISODINE SOLUCION								300	22	6,600
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								37	3,758	139,046
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								11	2,500	27,500
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								11	3,387	37,257
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	57	17,100
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								60	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								8	25,600	204,800
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								22	11,300	248,600
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								60	0	0
OTROS											
37207	HOMBRO, MMSS O TOBILLO	2023.06.06	935301	ARS					1	70,000	70,000
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.06.03	890202	FGR					1	55,100	55,100

SI DESPUES DE 3 DIAS HABLES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

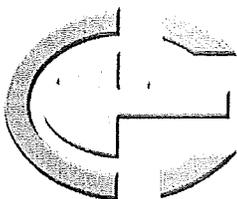
Autorización de facturación de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: afad844aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64bef626aec1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representación Gráfica de Factura Electrónica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autorretenedores de Renta
 *Autorretenedor del Impuesto Industria y Comercio
 Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.18	15:27:41	2023.09.17

Factura Electronica de Venta
 FEC1 - 50849

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.06.03	890202	-	JHT				1	55,100	55,100
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.06.06	S22103		ARS				1	0	0
VALOR BRUTO:		8,597,119	CUOT.MODER/COPAGO		0		TOTAL A PAGAR \$		8,597,119		

SON: OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.*****

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.18 03:30:13 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1876 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
 FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorización de facturación de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

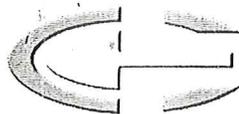
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: afad844aedf691cf60dfc5b017b4c3bca415ff2ebf3522cabbdac7e68ad3bae62b25f7dd34d7f70da755c64be626aec1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

40



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

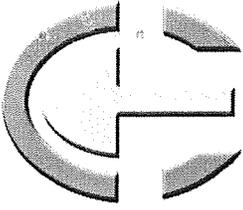
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 3-Jun-2023

10:52:3

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	AMBULATORIA
860028415	LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 07	CIRUGIA AMBULATORIA
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.06.0 11:07
001	0 SOAT	OTRO REGIMEN	EDAD	Fecha Egreso :	
			23 Años		
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1003810783	DAIAZ AYA JEFFREY	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 72A N 1BW-65	3165337090

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2023.06.03	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.06.03	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	60.00
2023.06.03	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	MVT	10.00
2023.06.03	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	3.00
2023.06.03	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	60.00
2023.06.03	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	MVT	1.00
2023.06.03	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	10.00
2023.06.03	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	6.00
2023.06.03	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.06.03	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	MVT	3.00
2023.06.03	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	MVT	4.00
2023.06.03	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	MVT	1.00
2023.06.03	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	MVT	1.00
2023.06.03	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2023.06.03	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	MVT	1.00
2023.06.03	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	300.00
2023.06.03	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	300.00
2023.06.03	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA NO. 23X 11/2 PRECISION CARE	MVT	1.00
2023.06.03	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.06.03	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.06.03	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	MVT	1.00
2023.06.03	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	MVT	1.00
2023.06.03	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	MVT	2.00
2023.06.03	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	MVT	2.00
2023.06.03	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.06.03	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	MVT	1.00
2023.06.03	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.06.03	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.06.03	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.06.03	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	MVT	2.00
2023.06.03	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with 3 columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.19, 15:00:08, 2023.09.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50912

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 159931,160054
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.05.17 - 19:13 2023.05.20 - 08:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 12100665 CAMPO RAMON RAFAEL EDAD : 75 Años
DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09 NEIVA TELEFONO: 3102489309

OBSERVACIONES:

Table header: COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Table with 11 columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Includes rows for OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO, SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO, etc.

ESTANCIAS

Table with 11 columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Row: 38122 HABITACION BIPERSONAL

MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI

Table with 11 columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Rows: TORNILLO DE BLOQUEO RADIX DE 2.7 X 20 MM, PLACA RADIX DISTAL ANGULO VARIABLE DERECHA X 2H, etc.

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Table with 11 columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Rows: ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS, HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO, PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH, etc.

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS LOS MODOS A LA FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dian: 16
Modalidad ELECTRONICA I

Cufe: 39e236325cb7697d3ba51cd1d5c0e17248cc34ee3e5d3

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta



Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

una vigencia de: 12 Meses

10 de Octubre del 2023

5364bea11c0cb
UJILL 20196351451 - 0

CA COLOMBIA S. A. S Nif. 900.390.126 - 6

38



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150912

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
39e236325cb7697d3ba51cd1d5c0e17248cc34ee5e5d3da4d7d
c41c62868cd05b0c9bd2ae88b6b2c10b5364bea11c0cb

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
7502673

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-18 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
578fb9acc4e75b1d6919b288cbbcdc603191afaf64ec57363a04
962b4cd1c0a76cb1582f67747ad72a079a5b0b10ff61

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-19 03:02:32.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150912

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
39e236325cb7697d3ba51cd1d5c0e17248cc34ee5e5d3da4d7d
c41c62868cd05b0c9bd2ae88b6b2c10b5364bea11c0cb

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
12472ed6c1706d8ff5a0692618267ae9a9f4b86ec19dbf55d9991
121fe4d31ca0beefaac3c9d4caee6475811a189a8b7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-19 08:06:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
8660358ffc4d1c6043415fe09c8b47e0d9a89c81c9e1f22c3f0cfd
6040c76d683e65dcb585a2f3b49259f1c24c9af5c0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 11:29:12.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 10:59:48 AM
Página: 3



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150912

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-19 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
39e236325cb7697d3ba51cd1d5c0e17248cc34ee5e5d3da4d7d
c41c62868cd05b0c9bd2ae88b6b2c10b5364bea11c0cb

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
12775678b8be3b73628fc4e3e308631962f6a5c3214ff34897821
37ea7cb6f8de39e839cd20750ad8d08f1756a1564a2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-30 11:29:16.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

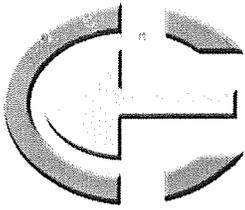
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.19	15:00:08	2023.09.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50912

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 159931,160054
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	2023.05.17 - 19:13 2023.05.20 - 08:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 12100665 CAMPO RAMON RAFAEL EDAD : 75 Años
DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09 NEIVA TELEFONO: 3102489309

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

1i Interv 100%											
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	19-May-2023	39007	1	09	100.0%	1-CIRUJANO FGR		1	474,600	474,600
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	19-May-2023	39107	1	09	100.0%	2-ANESTESI JHT		1	271,400	271,400
39120	GRUPO 09	19-May-2023	39120	1		100.0%	3-AYUDANT CLF		1	129,800	129,800
39211	GRUPO 09	19-May-2023	39211	1		100.0%	4-DER.SALA CLF		1	785,000	785,000
39303	GRUPOS 07 08 09	19-May-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL CLF		1	369,000	369,000
2i+ #Via, =Ciruj											
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	19-May-2023	39004	4	06	75.00%	1-CIRUJANO FGR		1	214,400	214,400
39104	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	19-May-2023	39104	4	06	75.00%	2-ANESTESI JHT		1	127,200	127,200
39117	GRUPO 06	19-May-2023	39117	4		75.00%	3-AYUDANT CLF		1	56,000	56,000
39208	GRUPO 06	19-May-2023	39208	4		72.50%	4-DER.SALA CLF		1	408,000	408,000
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	19-May-2023	39305	4		75.00%	5-MATERIAL CLF		1	64,600	64,600

ESTANCIAS

38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	312,600	625,200
-------	-----------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI

	TORNILLO DE BLOQUEO RADIX DE 2.7 X 20 MM								3	183,000	549,000
	PLACA RADIX DISTAL ANGULO VARIABLE DERECHA X 2H								1	1,712,200	1,712,200
	TORNILLO CORTICAL AUTOTARRAJANTE RADIX DE 2,4 X 18 MM								2	141,800	283,600

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								14	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	0	0
248800	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								3	200	600
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								2	4,100	8,200
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								2	4,800	9,600
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

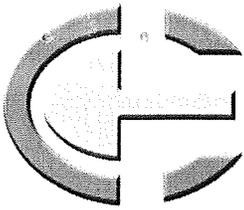
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 39e236325cb7697d3ba51cd1d5e0e17248cc34ee5e5d3da4d7dc41c62868cd05b0c9bd2ae88b6b2c10b5364bea11c0cb

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

38



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoreteneedores de Renta
*Autoreteneedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.19, 15:00:08, 2023.09.18

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50912

Main table with columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Includes sections for MEDICAMENTOS and IMAGENES DX.

Summary table with columns: VALOR BRUTO, CUOT.MODER/COPAGO, TOTAL A PAGAR \$. Values: 7,502,673, 0, 7,502,673

SON: SIETE MILLONES QUINIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.19 03:02:32 PM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 39e236325cb7697d3ba51cd1d5c0e17248cc34ee5e5d3da4d7dc41c62868cd05b0c9bd2ae88b6b2c10b5364bea11c0cb

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Handwritten mark or signature.

FACTURA:	50912	
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9		
ABONO	\$	6,496,554
GLOSA ACEPTADA	\$	-
SALDO	\$	1,006,119
 DIEGO A. RODRIGUEZ		
CARTERA		





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

ENT

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado
 Fecha Radicación: D D M M A A A A RG
 No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG} Nro. Factura **FEC1- 50912**
 \Cuenta de Cobro

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
 Codigo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

CAMPO **RAMON**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
RAFAEL
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS MS No. Documento: **12100665**
 De: **41001** Fecha de Nacimiento: **1948/01/17** Sexo: F M
 Direccion: **CALLE 11 SUR N 9-09** Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3102489309**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracón
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Direccion de la Ocurrencia: **CARRERA 7 CON CALLE 2 SUR**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/05/17** Hora: **18:23**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Zona: U R
Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
 PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA BFZ17F QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. Póliza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **VICTORY** Placa: **BFZ17F**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplomático o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervencion de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8088418700** Cobro excedente Póliza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2022/10/5** Hasta: **2023/10/4**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

NO REGISTRA
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
NO REGISTRA
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Documento de identidad: CC CE PA NIT TI RC No. Documento **NO REGISTRA**
 Direccion: **NO REGISTRA** Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **RIVERA** Cod. **615** Telefono: **NO REGISTR** Total Folios: **0**



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

URUETA

TUIRAN

1er.Apellido

2do.Apellido

CINDY

CAROLINA

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC CE PA TI RC AS

No. Documento 1102796499

Dirección: CALLE 11 SUR N 9 09

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 8734982

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión

Orden servicio

Fecha de Remisión: / / a las

Prestador que remite: Dirección: Teléfono: Código de inscripción:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptación: / / a las

Prestador que recibe: Dirección: Teléfono: Código de inscripción:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporto la víctima desde : Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona: U B

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/05/17 a las 19:13

Fecha de Egreso: 2023/05/20 a las 08:26

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE

S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Diagnostico relacionado de Ingreso

Diagnostico relacionado de Egreso

TITO

VLADIMIR

1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

POLANIA

TORRES

1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

7702628

Número de Registro de Médico

967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	7502673	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único numero 2.

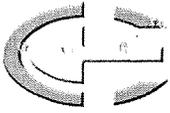
XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.05.17 HORA DE INGRESO: 19:13
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2023.05.20 HORA DE EGRESO: 08:26
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO
CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.05.17-19:50:41 MEDICO: / (DR/A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA BFZ17F QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO AL ESQUIVAR UN PERRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

INGRESA PARRILLERA DE MOTO TRAI DO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL PERDER EL CONTROL DE LA MOTO POR ESQUIVAR UN PERRO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 120/75 FC: 84 FR: 19 TEMP: 36.0 TALLA: 170 PESO: 75 IMC: 26 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes,

<<CUELLO>>

Simétrico, sin dolor, no limitación para la movilidad, no ingurgitación yugular, no signos de trauma

<<TORAX>>

Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardíacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares

<<ABDOMEN>>

Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

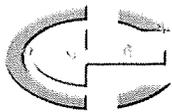
<<GENITOURINARIO>>

No valorado, refiere no haber recibido trauma en región genital ni presentar síntomas clínicos

<<PELVIS>>

Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación

<<DORSO / EXTREMIDADES>>



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna; EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, EDEMA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN MUÑECA Y MANO DERECHA

<<NEUROLOGICO>>

Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++),

<<PIEL>>

Sin lesiones adicionales

<<FANERAS>>

Sin lesiones adicionales

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

**** PLAN DE MANEJO:**

ANALGESIA E IMAGENOLOGIA

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 1 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG AHORA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAMUSCULAR

- ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE PROCEDIMIENTOS

- LLEVAR A IMAGENOLOGIA

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.05.17-20:23:22 MEDICO: / (JEFE ENF. MAV - MARIA ALEJANDRA SANABRIA VARGA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

HORA INICIAL/FINAL: 19:51 / 19:52 DURACION: 00:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARIA ALEJANDRA SANABRIA VARGA

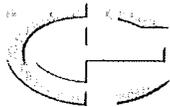
***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE , JEFE DE TURNO ALEJANDRA SANABRIA ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG INTRAMUSCULAR EN GLUTEO DERECHO .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

**** FECHA: 23.05.17-20:39:14 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

35



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665	SEXO: MASCULINO	DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17	EDAD: 75 A	CIUDAD: NEIVA
EST.CIVIL: CASADO	RH: O+	TEL: 3102489309

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA FRACTURA RADIO Y CUBITO DISTAL

** FECHA: 23.05.17-20:39:28 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)
> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

PASAR A SALA DE YESOS

** FECHA: 23.05.17-21:27:44 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)
> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS

HORA INICIAL/FINAL: 21:05 / 21:25 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

SE INMOVILIZA CON FERULA POSTERIOR DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

** FECHA: 23.05.17-21:27:50 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)
> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **

EN SALA DE: SALA DE YESOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL

SE INMOVILIZA CON FERULA POSTERIOR DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

** FECHA: 23.05.17-21:30:15 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)
> Registrado en historia de: HOJAURGE

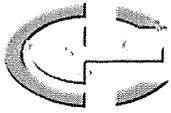
** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA, BUN. CREATININA, GLICEMIA, TP Y TPT

** TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

COLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- PASAR A OBSERVACION
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR TAPON VENOSO, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUJAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- TOMAR PARACLINICOS

**** FECHA: 23.05.17-22:37:43 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

HEMOGRAMA:

LEUCOCITOS: 8330 NEUTROFILOS: 68,3% HEMOGLOBINA 14,1 G/DL PLAQUETS 286 ML

GLUCOSA 97 MG/DL NITROGENO UREICO: 18 MG/DL

CRETININA 0,9 MG/DL

TP: 12,6" TPT: 32,6" INR 1,06

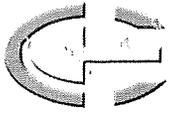
DENTRO DE LIMITES NORMALES

**** FECHA: 23.05.18-07:57:44 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PUÑO DERECHO ,
AL EXAMEN FISICO: PUÑO DERECHO EDEMA DEFORMIDAD Y DOLOR . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO
DX: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO
PLAN: SE HOSPITALIZA PARA CIRUGIA

**** PLAN DE MANEJO:**



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

**** ORDENES Qx:**

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO DISTAL MASREDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO .
MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS APARA RADIO DISTAL BLOQUEADAS ANGULO VARIABLE
DIA VIERNES 19-05-2023
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO

**** FECHA: 23.05.18-10:03:36 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINCAMENTE,
CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN POR CODICIONES ACTUALES DECIDE HOSPITALIZAR,
POR LO QUE SE DA EGRESO DE URGENCIAS CON DESTINO HOSTITALIZACION.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA:
INTRAVENOSA

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.18-10:03:25 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.05.18-10:15:37 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

**** MOTIVO DE ATENCION:**

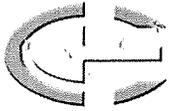
PROCEDENTE DE URGENCIAS POR ORDEN DE ORTOPEDIA.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 17/05/2023 DONDE PRESENTO FRACTURA DE
RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO , VALORADO PREVIAMENTE POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA MANEJO QUIRURGICO , MOTIVO POR EL
QUE INGRESA A HOSPITALIZACION, AHORA REFIERE ESTAR BIEN, DOLOR CONTROLADO, NO OTRO SINTOMA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** SIGNOS VITALES:**



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

TA: 120/75 FC: 84 FR: 19 TEMP: 36.0 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas

<<CUELLO>>

Simétrico, sin dolor, no limitación para la movilidad, no ingurgitación yugular, no signos de trauma

<<TORAX>>

Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardíacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares <<ABDOMEN>>

Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

<<GENITOURINARIO>>

No valorado

<<PELVIS>>

No dolorosa a la palpación

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna; EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, PRESENTA FERULA DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO EN BUEN ESTADO, FUNCIONAL.

<<NEUROLOGICO>>

Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

<<PIEL>>

Sin lesiones adicionales

<<FANERAS>>

Sin lesiones adicionales

**** EVOLUCION:**

SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

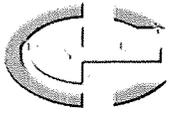
1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

2. RESECCION DE PTERIGIO

ANALISIS:

INGRESA PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SE CONTINUA MANEJO MEDICO

SE EXPLICA A PACIENTE. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

MEDIDAS GENERALES:

1. DIETA NORMAL
2. CABECERA A 30 GRADOS
3. BARANDAS ARRIBA EN CAMA
4. VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
5. VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
6. REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
7. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
8. CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
9. MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
10. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENCIÓN DE PROPAGACION DE COVID 19 (USO PERMANENTE DE MASCARILLA QUIRÚRGICA)
11. LAVADO DE MANOS CADA 4 HORAS EN PACIENTE QUE SE PUEDE LEVANTAR O LIMPIEZA CON ALCOHOL EN PACIENTES QUE NO SE PUEDEN DESPLAZAR
12. SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

COLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
COLORURO SODIO AL 0.9% X 100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X 50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.05.18-17:04:10 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

*****NOTA TARDE*****

SE VALORA Y EXAMINA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DX ANOTADOS, QUIEN REFIERE EN EL MOMENTO AFEBRIL CON DOLOR MODULADO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA FERULA DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO EN BUEN ESTADO, FUNCIONAL, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, NEUROVASCULAR NORMAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA YA CUENTA CON PROGRAMACION QUIRURGICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

**** FECHA: 23.05.18-22:04:46 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

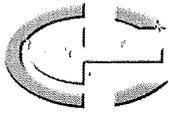
**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

30



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL**

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
2. RESECCION DE PTERIGIO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 119/67 FR: 19 T: 36.1, FC: 79 SATO2: 97% GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:

CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 23.05.19-00:20:37 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

NOTA EVOLUCION MEDIA NOCHE

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 113/70 FR: 17 T: 36.3, FC: 72 SATO2: 98%. GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:

CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**** FECHA: 23.05.19-06:32:22 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

SE VALORA PACIENTE PREVIA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS Y USANDO LOS EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MINSALUD Y LA OMS.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

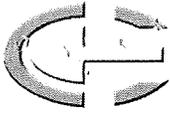
1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
2. RESECCION DE PTERIGIO



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

S/ ADECUADO PATRON DE SUEÑO NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS.

TA 117/69 MMHG FR: 20 RPM T: 36.1 °C FC: 90 LPM SO2: 96%

CABEZA: NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PRESENTA FERULA DE YESO NO DATOS DE INFECCION LOCAL., EDEMA BLANDO , LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANALISIS

INGRESA PACIENTE CON CUADRO YDIAGNOSTICOS EN RELACION A AESTANCIA HOSPITALARIA NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS, CLINICAMENTE ESTABLE, EL DIA DE HOY CUENTA CON CIRUGIA PROGRAMADA , SE CARGAN ORDENES PREOPERATORIAS. SE EXPLICA A PACIENTE. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN

IGUAL MANEJO

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 10, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR IV PREOPERATORIO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV CADA 24 HROAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.05.19-09:02:56 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

SE VALORA PACIENTE PREVIA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS Y USANDO LOS EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MINSALUD Y LA OMS.

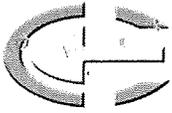
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

28



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
2. RESECCION DE PTERIGIO

S/ REFIERE SENTIRSE BIEN, INCIANDO AYUNO, DOLOR CONTROLADO.

O/ TA 133/79 MMHG FR: 20 RPM T: 35.6°C FC: 80 LPM SO2: 98%

CABEZA: NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO MÓVIL, NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PRESENTA FERULA DE YESO NO DATOS DE INFECCION LOCAL,, EDEMA BLANDO , LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CLINCIAMENTE ESTABLE, PROGRAMADO PARA INTERVENCION EL DIA DE HOY, PACIENTE ENTERADO DE PLAN DE MANEJO A SEGUIR.

PLAN: NADA VIA ORAL

TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA AL LLAMADO

MANTENER MANEJO MEDICO

**** FECHA: 23.05.19-13:23:59 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:

BUENO

** SIGNOS VITALES:

TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

** EXAMEN FISICO:

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

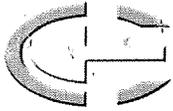
MIEMBROS : PUÑO DERECHO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR . NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:

RX DE PUÑO DERECHO: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL

24



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL**

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.19-13:23:52 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.05.19-13:24:26 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA**** REVISION POR SISTEMAS:**

BUENO

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : PUÑO DERECHO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR . NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO

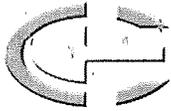
**** FECHA: 23.05.19-14:17:06 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO. SE ORDENA ANALGESIA POP

26



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3.5 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 70 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.05.19-14:53:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA

PERSONAL QUE INTERVINO

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

INSTRUMENTADOR(A): KATHY PEREA

HORA INICIAL/FINAL: 14:00 / 14:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 15499

TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

INCISION:

ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO

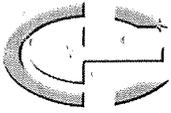
HALLAZGOS :

FRACTURA DE RADIO DISTAL + FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHOS.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO ; BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON LAVADO DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION CON PACIENTE EN DECUBITO DORSAL SE PRACTICO INCISION EN CARA ANTERIOR DE TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DE MAS O MENOS 10⁴ CM DE PIEL ,TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PRONADOR CUADRADO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA DE RADIO DISTAL, SE LAVA CON 500 ML DE SUERO FISIOLÓGICO Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE RADIO SE HACE CONTROL CON ARCO EN C AP Y LATERAL MAS OSTEOSINTESIS CON UNA PLACA BLOQUEADA ANGULO VARIABLE 2H + 2 TORNILLOS CORTICAL + 3 TORNILLOS DE BLOQUEO. (CASA COMERCIAL TRAUMASUR). SE HIZO CONTROL CON ARCO EN C EN CADA PASO DE TORNILLOS DISTALES PARA DESCARTAR QUEDARAN INTRAARTICULARES. ENSEGUIDA SE PRACTICA LAVADO DE LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLÓGICO Y SE CIERRA LA HERIDA CON VICRYL EN PLANO MUSCULAR Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PROLENE 2/0 EN PIEL. FINALMENTE SE

25



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
 FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
 EST.CIVIL: CASADO RH: O+

PRACTICA REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL CUBITO DERECHO Y SE CUBRE LA HERIDA CON GASAS CON ISODINE SOLUCION Y SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON LAMINADO Y VENDAJE ELASTICO.
 SANGRADO 120 ML.
 NO COMPLICACIONES.
 ARCO EN C 5 DISPAROS.

** FECHA: 23.05.19-14:54:39 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)
> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

** FECHA: 23.05.19-15:08:12 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)
> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX PUÑO DERECHO FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS EN RADIO

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN
 HOSPITALIZAR

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION
 HOSPITALIZAR
 DIETA NORMAL
 LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
 CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
 DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS
 TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS
 CONTROL DE SIGNOS VITALES
 VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
 AVISAR CAMBIOS

**** ANALISIS PLAN:**

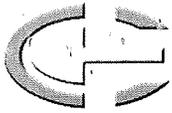
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPIEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.19-15:08:02 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
 INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** FECHA: 23.05.19-17:33:07 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)

24



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

SE VALORA PACIENTE PREVIA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS Y USANDO LOS EPP Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MINSALUD Y LA OMS.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DERECHO 19/05/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
2. RESECCION DE PTERIGIO

PACIENTE INGRESA A PISO EN POP INMEDIATO DESCRITO SIN COMPLICACIONES, DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE CARGAN ORDENES DE ORTOPEDIA POP Y SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA.

**** CONDUCTA:**

- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS SEGÚN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR VENDAJES.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.05.19-21:11:18 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

23

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL**

DOC.IDENT: CC 12100665

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09

FCHA.NACTO: 1948.01.17

EDAD: 75 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3102489309

EST.CIVIL: CASADO

RH: O+

**** EVOLUCION:**

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE 1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO EN POP INMEDIATO 1. *REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DERECHO 19/05/2023. AL EXAMEN FISICO 1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA + 2. RESECCION DE PTERIGIO. REFIERE SENTIRSE BIEN, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA. T.A: 143/77 MM HG FC:66 X MIN FR:17 X MIN SaO2: 95%, T°: 36.0°C; EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, VENDAJE ELASTICO COMPRESIVO TIPO JHON'S EN MUÑECA Y MANO DERECHA, NO SANGRADO, NO OLOR FÉTIDO

PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN CONSOLIDANDO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO DADO LA COMPLEJIDAD DE LA LESIÓN

**** FECHA: 23.05.20-06:28:25 MEDICO: / (DR(A). TYP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DERECHO 19/05/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
2. RESECCION DE PTERIGIO

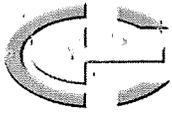
S:/ REFIERE SENTIRSE BIEN, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A: 165/83 MM HG FC: 60 X MIN FR: 20 X MIN SaO2: 96% T°: 36.0°C

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin lesiones aparentes, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes

TORAX: Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares,

ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

PELVIS: Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna

EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, VENDAJE ELASTICO COMPRESIVO TIPO JHON'S EN MUÑECA Y MANO DERECHA, NO SANGRADO, NO OLOR FÉTIDO

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

A:/ PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN CONSOLIDANDO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO DADO LA COMPLEJIDAD DE LA LESIÓN

P:/ SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 G IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CINTINAUR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

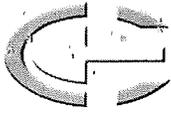
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

**** FECHA: 23.05.20-08:25:50 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DERECHO 19/05/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
2. RESECCION DE PTERIGIO

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL

OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL

SIGNOS VITALES: TA/150/80; FC/66 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.0 °C SO2: 96%

CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION

CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS

ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION

EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN ANTEBRAZO Y MANO DERECHA, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, SE CONSIDERA ADECUADA EVOLUCION POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON ORDENES MEDICAS.

** CONDUCTA:

SALIDA

** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA (ANTIBIOTICO) TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20 TAB, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS20

IBUPROFENO TAB X 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS20

** INCAPACIDADES:

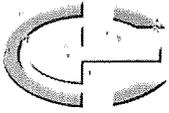
30 DIAS DESDE EL INGRESO

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ÚLTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.

20



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL

DOC.IDENT: CC 12100665 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09
FCHA.NACTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3102489309
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL CON EL ESPECIALISTA. PARA EVITAR ESTO, SE RECOMIENDA, UTILIZAR UNA BOLSA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO EN LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.
- SE ENTREGA FOLLETO DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA INSTITUCIONAL AL PACIENTE.

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 PM.

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.05.20-08:27:00 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADO, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, VALORADO POR SERVICIO TRATANTE, QUIEN POR ADECUADA EVOLUCION CLINICA, DECIDE DAR SALIDA CON ORDENES DE EGRESO, POR LO QUE SE CIERRA HISTORIA CLINICA.

**** CONDUCTA:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.20-08:26:36 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS



EPICRISIS No. 57491

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: CAMPO RAMON RAFAEL**

DOC.IDENT: CC 12100665

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09

FCHA.NACTO: 1948.01.17

EDAD: 75 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3102489309

EST.CIVIL: CASADO

RH: O+

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

TIPO

CERRADA

GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Alicia Maria del Pilar
Roa Serrano
Med. General
R.M. 1075269209

DR@. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA

SER

REG. MED: 1075269209



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15499

Orden de Servicio N:mero: 180-1 -160054

Fecha 19/05/23

Nombre Paciente: CAMPO RAMON RAFAEL

12100665 Edad: 75

Sexo: M

Hora inicio 14:00 Hora fin: 14:30 Duraci3n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi3logojHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

InstrumentacionKATHY PEREA

Clase de cirugia: HOSPITALARIA

Tipo de cirugia: URGENCIAS

Tipo de herida: LIMPIA

Diagn3sticos Pre-Operatorios:

Diagn3sticos Post-Operatorios:

1. S526-FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS

1. S526-FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL DERECHOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C3digo	Descripci3n	MÚdico	Via
13271	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	FGR	1 - 1i Interv 100%
13251	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci3n: INCISION:
ANTERIOR EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DERECHO

HALLAZGOS :
FRACTURA DE RADIO DISTAL + FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHOS.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO ; BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON LAVADO DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION CON PACIENTE EN DECUBITO DORSAL SE PRACTICO INCISION EN CARA ANTERIOR DE TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO DE MAS O MENOS 10 CM DE PIEL ,TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PRONADOR CUADRADO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA DE RADIO DISTAL, SE LAVA CON 500 ML DE SUERO FISIOLÓGICO Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA DE RADIO SE HACE CONTROL CON ARCO EN C AP Y LATERAL MAS OSTEOSINTESIS CON UNA PLACA BLOQUEADA ANGULO VARIABLE 2H + 2 TORNILLOS CORTICAL + 3 TORNILLOS DE BLOQUEO. (CASA COMERCIAL TRAUMASUR). SE HIZO CONTROL CON ARCO EN C EN CADA PASO DE TORNILLOS DISTALES PARA DESCARTAR QUEDARAN INTRAARTICULARES. ENSEGUIDA SE PRACTICA LAVADO DE LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLÓGICO Y SE CIERRA LA HERIDA CON VICRYL EN PLANO MUSCULAR Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PROLENE 2/0 EN PIEL. FINALMENTE SE PRACTICA REDUCCION CERRADA DE LA FRACTURA DEL CUBITO DERECHO Y SE CUBRE LA HERIDA CON GASAS CON ISODINE SOLUCION Y SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON LAMINADO Y VENDAJE ELASTICO.

SANGRADO 120 ML.

Pag. 1

NO COMPLICACIONES.

ARCO EN C 5 DISPAROS.

Anatomía Patológica:

Complicaci3n:

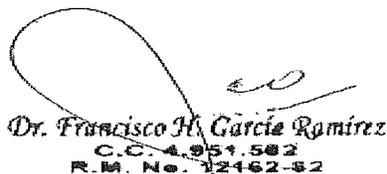
Descripci3n de la complicaci3n

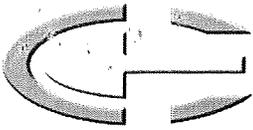
Rayos X Intraoperatorios

RX DE MUÑECA IZQUIERDA.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN MUÑECA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.


 Dr. Francisco H. García Ramírez
 C.C. 4.951.582
 R.M. No. 12462-82



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15499

Orden de Servicio N:mero: 180-1 -160054

Fecha 19/05/23

Nombre Paciente: CAMPO RAMON RAFAEL

12100665 Edad: 75

Sexo: M

Complicaci3n:

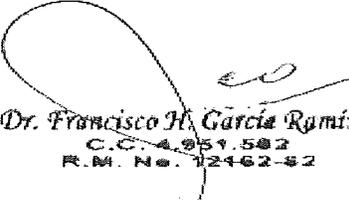
Descripci3n de la complicaci3n

Rayos X Intraoperatorios

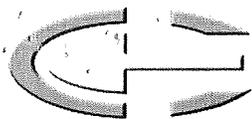
RX DE MUÑECA IZQUIERDA.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN MUÑECA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.


 Dr. Francisco H. García Ramírez
 C.C. 4.951.582
 R.M. No. 12462-82

CIRUJANO



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

12100665

ADMISION N_: 160054

NOMBRE: CAMPO RAMON RAFAEL Num. Id.: CC 12100665
 FECHA NACIMIENTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C
 FECHA DE INGRESO: 2023.05.19 HORA DE INGRESO: 13:23:59 Fecha/Hora de registro: 2023.05.19 13:23
 DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3102489309
 OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: JUA PABLO CAMPO GOMEZ
 DIRECCION: _____
 OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.05.19

<< REGISTRO: 13:23:59 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO FINALIDAD: 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA TIPO DIAG: NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

---<<2023.05.17-19:50:42>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 159889

* Patologicos: Niega * Traumaticos: HPB * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: Niega * FUR: N/A

---<<2023.05.19-13:23:59>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREX: 160054

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 17 DE MAYO DEL 2023

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO EL DIA 19 DE MAYO DEL 2023

---<<2023.05.19-14:22:11>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 160054

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

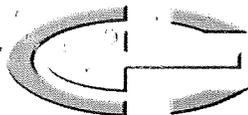
QUIRURGICOS: RESECCION DE PTERIGIO OJO IZQ

ANESTESICOS: 1 BLOQUEO ANESTESICO SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

12100665

ADMISION N_: 160054

NOMBRE: CAMPO RAMON RAFAEL Num. Id.: CC 12100665
 FECHA NACIMIENTO: 1948.01.17 EDAD: 75 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C
 FECHA DE INGRESO: 2023.05.19 HORA DE INGRESO: 13:23:59 Fecha/Hora de registro: 2023.05.19 13:23
 DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3102489309
 OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: JUA PABLO CAMPO GOMEZ
 DIRECCION: _____
 OBSERVACION _____ (Inst)

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 Tmp: 36.6 PESO: TALLA:

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
 CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
 TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
 ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
 MIEMBROS : PUÑO DERECHO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR . NEUROVASCULAR NORMAL.
 SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

ANALISIS/PLAN

PLAN
 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.05.19-13:23:52 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
 INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE PUÑO DERECHO: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL

4

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano

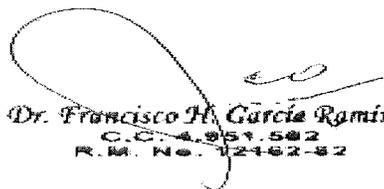
SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.05.19

HORA DE EGRESO: 13:23:52

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. Francisco H. García Ramírez
 C.C. 4.951.582
 R.M. No. 12462-82

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 160054 - 10000

NOMBRE:	CAMPO RAMON RAFAEL	C.C. -TI-RC-OTRO	12100665
EDAD:	75 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1948.01.17
DIRECCION:	CALLE 11 SUR N 9-09	SEXO:	M
ACOMPANANTE/RESPONSABLE:	JUA PABLO CAMPO GOMEZ	TELÉFONO:	3102489309
		TELÉFONO:	3007564961

FECHA: 2023.05.19 CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA

ANTECEDENTES:

HISTORICO
 ---><<2023.05.17-19:50:42>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)
 H.U. 159889
 * Patologicos: Niega * Traumaticos: HPB * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

---><<2023.05.19-13:23:59>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 160054
 ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 17 DE MAYO DEL 2023
 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO DISTAL DERECHO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO DISTAL DERECHO EL DIA 19 DE MAYO DEL 2023

---><<2023.05.19-14:22:11>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
 V.PREANES: 160054

PATOLOGICOS: NEGATIVOS
 CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS
 PULMONARES: NEGATIVOS
 QUIRURGICOS: RESECCION DE PTERIGIO OJO IZQ
 ANESTESICOS: 1 BLOQUEO ANESTESICO SIN COMPLICACIONES
 FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS
 TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE
 OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:
 PA: 138/73 FC: 65 FR: 19 PESO: 75 TEMPERATURA: 37
 CABEZA:
 SIN ALTERACION
 ORL: Mallampaty:
 APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL
 CUELLO:
 DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL
 CARDIOVASCULAR:
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
 PULMONAR:
 CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS
 ABDOMEN:
 SIN ALTERACION
 EXTREMIDADES:
 FERULA DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO POR FRACTURA DISTAL DE RADIO Y CUBITO
 OTROS:
 SIN ALTERACION

12

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 160054 - 10000

NOMBRE:	CAMPO RAMON RAFAEL	C.C. -TI-RC-OTRO	12100665
EDAD:	75 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1948.01.17
DIRECCION:	CALLE 11 SUR N 9-09	TELEFONO:	3102489309
ACOMPANANTE/RESPONSABLE:	JUA PABLO CAMPO GOMEZ	TELEFONO:	3007564961

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto:	Hb:	Glicemia:	BUN:	Creat:	PT:	PTT:	Plaq:
INR:	Hemoclasificación:		Grupo:				

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S526

FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

PLAN:

ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO

MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano

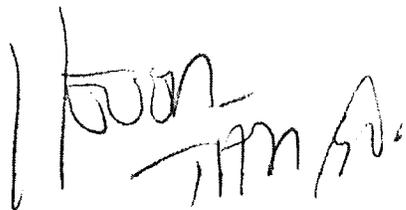
ESTADO SALIDA: VIVO

FECHA: 2023.05.19

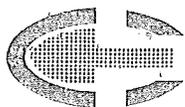
HORA: 12:45:06

SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA:



RM: 11771/90



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO <u>Campos</u>		2do. APELLIDO (O DE CASADA) <u>Romon</u>		NOMBRES <u>Rafael</u>		No. HISTORIA CLINICA <u>12100665</u>	
FECHA <u>19 05 23</u>		EDAD <u>18 A</u>		SEXO H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	TALLA (Cms) <u>1,65</u>	PESO (Kgr) <u>70</u>	RIESGO ASA <u>12345U</u>
Día Mes Año Hora		Años Meses Días		SALA O CUARTO		ANESTESIAS PREVIAS	
SERVICIO <u>U</u>		SALA O CUARTO		No. DE CAMA			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM	TyA PROT	TCOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.	
DIAGNOSTICO: <u>Fractura de codo distal</u>																	
OPERACION PROPUESTA: <u>Reduccion abierta y fijacion con placa</u>																	
HISTORIA Y EXAMEN FISICO	ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-MAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS																
	PAB - NO CA - Pterigias AL - NO																
	ESPECIFICO																
FACILIDAD		INT	SI	NO	VIA AEREA	SI	NO	DIENTES	SI	NO	CUELLO						
HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO		RCO Bil. Bili RCO Bil. Bili															
TIPO BLOQUEO		REY SUPLEN	Anestesia regional Anestesia regional													ESTADO PSICOLOGICO	
PERIDURAL																3/10/23	
ESPINAL																	
GENERAL																	
NECESITA SANGRE		SI	NO	PREMEDICACION											FIRMA <u>[Signature]</u>		

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION	E	A	C	NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS
REPARACION												
42	180											RECUPERACION Ok
40	170											CONCIENCIA Ok
38	160											DIURESIS Ok
36	150											SENSIBILIDAD Ok
34	140											PIEL roja hidrat
32	130											
30	120											
28	110											
26	100											
HORA		14:00 Comentarios: Ingreso en sala de recuperacion luego de anestesia general sin complicaciones.										
TOTALES	1	2	3	HORA SALIDA Y MOTIVO								FIRMA
	4	5	6	Mejor								<u>[Signature]</u>
	7	8	9									
	10	11	12									

EFFECTOS PREMEDICACION:

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. B R M

DIAG PREOPERATORIO *malos en estado anest*

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION *abrir + estado veleso*

ANESTESIOLOGOS *[handwritten]* CIRUJANOS *[handwritten]*

TIEMPO DE LIQUIDO LOCAL BLOQUEO GENERAL CAUDAL OTRA
AYUNO SOLIDO DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

Table with columns for REPARACION, CCSC, CSA, CCC, and vital signs (PULSO, RESPIRACION, T.A., etc.).

Main grid for recording vital signs and patient status over time (42-26 minutes).

Table for recording MORA (delays) and HEMORRAGIAS (bleeding).

Table for recording TOTALS (TOALES) for various parameters.

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO *[handwritten]* ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO *[handwritten]*

OBSERVACIONES: *[handwritten notes]*

FIRMA Y CODIGO



TRAUMASUR
TIENDA DE LA SALUD S.A.S.

Desde 1993
Ibagué, Tolima. Calle 60 No. 6A-25 / B. Limonar
Tels: (608) 265 9800 - 265 9919 - Cel: 322 365 1781

Responsabilidades Tributarias

Regimen: Responsables de IVA
Actividad CIIU: 4773
No somos Autorretenedores
Email: Contabilidad@traumasur.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

FEEN 3591

Factura Ibagué

Adquiriente	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	Fecha	Forma y metodo de pago	
Identific.	NIT 800110181-9 Tels: 8756349	May-25-2023	CREDITO CUENTAS X COBRAR CLIENTES	
Direccion	CALLE 18 N. 6-65 BRR QUIRINAL Neiva - Huila	Vencimiento	Vendedor	
		Ago-25-2023	TRAUMASUR TIENDA DE	-

REF.	DETALLE	%IVA	CANT.	VR/UNIT	VR/TOTAL
I07PRD302	PLACA RADIX III DISTAL ANGULO VARIABLE DER. X 2H		1.00	1,712,200.00	1,712,200.00
I07TC2418	TORNILLO CORTICAL AUTOTARRAJANTE RADIX DE 2,4 X 18MM		2.00	141,800.00	283,600.00
I07TB2720	TORNILLO DE BLOQUEO RADIX DE 2,7 X 20MM		3.00	183,000.00	549,000.00

OBSERVACIONES: FECHA DE CX 19/05/2023
PCTE: RAFAEL CAMPO RAMON
CC12100665

	Representación grafica factura electrónica de venta. Proveedor tecnológico: SYSCAFE S.A.S. Nit: 900083058 Software: SYSCAFE. Habilitación DIAN No. 18764029861692 de Jun-08-2022 Vigencia: 12 meses Vence: Jun-08-2023 Rango: FEEN 1189-10000	Tarifas de impuestos	Base	Impuesto	SubTot.	2,544,800.00
		IVA 0.00%	2,544,800	0	(-) Descuento	
Son: DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS mcte.					TOTAL\$	2,544,800.00

La presente factura se asimila en sus efectos a una letra de cambio según ART 621. s.s 772,773,774 y S.S del código de comercio.

Transcurridos 5 (cinco) días después de recibida la factura no hemos tenido ninguna observación de su parte, se entenderá irrevocablemente aceptada. Después de vencida la factura se generará intereses de mora a la tasa máxima permitida por ley.

Favor consignar a las siguientes cuentas.

Banco DAVIVIENDA Cta ahorros 167770054127

Banco de BOGOTÁ Cta corriente 309004208

Recibí conforme y acepto deuda

A NOMBRE DE TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S.A.S NIT 900576732-1

TRAUMASUR TIENDA LA SALUD

ACEPTADA

Nombre:

Nit/C.C.:

Fecha:

Ibagué, Tolima
Calle 60 No. 6A-25 / B. Limonar
Tels: (608) 265 9800 - 265 9919
☎ Cel: 322 365 1781

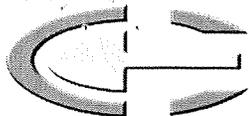
Ibagué, Tolima
Calle 33 No. 4A - 49 La Francia
Tels: (608) 265 9617 - 264 6342
☎ Cel: 323 438 0013

Neiva, Huila
Calle 11 No. 7-39 Centro,
Edif. Fenalco, Local 110
Tel: (608) 864 1198 ☎ Cel: 310 768 5957

Pitalito, Huila
Carrera 2 No. 2 Sur 40
Tel: (608) 836 9645
☎ Cel: 310 768 5961

Dorada, Caldas
Carrera 9 No. 12-28
B/ San Antonio
☎ Cel. 310 809 8080 - 300 269 2702

Pereira, Risaralda
Calle 24 No. 5 - 44
B/ Lago Uribe
☎ Cel: 310 560 3204



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,27-Jul-2023

16:39:0

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	AMBULATORIA
860028415	LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 05	CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.05.1 13:00
001 0 SOAT		OTRO REGIMEN	75 Años	Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
12100665	CAMPO RAMON RAFAEL	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 11 SUR N 9-09	3102489309

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2023.05.19	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	KML	45.00
2023.05.19	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN	KML	10.00
2023.05.19	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	KML	1.00
2023.05.19	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	KML	30.00
2023.05.19	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	KML	1.00
2023.05.19	BAX	LACTATO	LACTATO RINGER X 500ML	KML	3.00
2023.05.19	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	5.00
2023.05.19	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	KML	3.00
2023.05.19	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	KML	1.00
2023.05.19	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	KML	1.00
2023.05.19	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	KML	1.00
2023.05.19	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	KML	1.00
2023.05.19	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	KML	1.00
2023.05.19	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	KML	1.00
2023.05.19	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	KML	1.00
2023.05.19	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	300.00
2023.05.19	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	300.00
2023.05.19	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	KML	2.00
2023.05.19	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	KML	2.00
2023.05.19	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	KML	2.00
2023.05.19	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	KML	2.00
2023.05.19	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	KML	10.00
2023.05.19	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	10.00
2023.05.19	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	KML	2.00
2023.05.19	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	KML	2.00
2023.05.19	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	KML	2.00
2023.05.19	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	2.00
2023.05.19	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	KML	2.00
2023.05.19	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	KML	2.00
2023.05.19	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	KML	2.00
2023.05.19	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	KML	2.00

PACIENTE: 12100665 CAMPO RAMON RAFAEL

EDAD: 75

DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09

TELEFONO: 3102489309

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-56738

FECHA SINIESTRO: 2023.05.17

N° POLIZA: 8088418700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 18 de mayo de 2023						
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	NRI	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
14:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
14:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
14:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	SSA1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	
22:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
22:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	SSA1	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	

TOTAL SUMINISTRADO: 18.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 19 de mayo de 2023						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	VACI	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	VACI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
06:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	VACI	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		DIA	MFA	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	MFA	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	SSA1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	
22:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	SSA1	

7

PACIENTE: 12100665 CAMPO RAMON RAFAEL

EDAD: 75

DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9-09

TELEFONO: 3102489309

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-56738

FECHA SINIESTRO: 2023.05.17

N° POLIZA: 8088418700

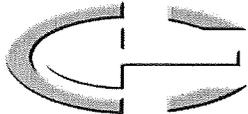
HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	

TOTAL SUMINISTRADO: 41.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 20 de mayo de 2023						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	SSA1	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	SSA1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	
06:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	SSA1	
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	SSA1	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	SSA1	

TOTAL SUMINISTRADO: 16.00



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.07.28

HORA: 15:24:09

PAGINA No: 1

Numero: 79196 Fecha Ex. 19/05/23 Hora 08:41

Nombre Paciente: 12100665 CAMPO RAMON RAFAEL

Dirección: CALLE 11 SUR N 9-09

Telefono: 3102489309 Edad: 75 A Sexo: M

Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Anotacion: SATISFACTORIO

Observación: RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño izquierdo observándose fractura del extremo distal del radio, corregida fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placas y tornillos).

Evidente compromiso articular del radio.

También se anota imagen de fractura con ligera angulación de la apófisis estiloides del cubito.

Signos de osteopenias de las estructuras óseas del puño.

Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

Inmovilización con vendaje elástico.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12100665

CAMPO RAMON
 APELLIDOS

RAFAEL
 NOMBRES

Rafael Campo




FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1948

NEIVA
 (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA O+ SEXO M

26-JUL-1971 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NACIONAL
 MARQUESE ECOROP



R-1680100-70104500-M-0612100665-20020624 0124302170A 01 115228123

ADRESMINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1102796499
NOMBRES	CINDY CAROLINA
APELLIDOS	URUETA TUIRAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
SUSPENSIÓN POR MORA.	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/17/2023 21:06:25	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDU, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDU, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10019353327

PLACA BFZ17F	MARCA VICTORY	LÍNEA ADVANCE R	MODELO 2020
CILINDRADA CC 109	COLOR GRIS NEGRO	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERIA SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD HP/PW 2
NÚMERO DE MOTOR 1P50PMH9K1278733	REG N	VIN 9GFXCHTC3LCH00146	
NÚMERO DE SERIE 9GFXCHTC3LCH00146	REG N	NÚMERO DE CHASIS 9GFXCHTC3LCH00146	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) LAUREA CAMPO PAULA ANDREA		IDENTIFICACIÓN C.C. 1003815313	

RESERVA	MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 8
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN S02019M03001518		VE I	FECHA IMPORT. 16/08/2019
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD *****			PUERTAS 0
FECHA MATRÍCULA 03/10/2019	FECHA EXP. LIC. TTO. 03/10/2019	FECHA VENCIMIENTO *****	
ORGANISMO DE TRÁNSITO INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA			

LT02005692664



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHICULO:	BFZ17F	ESTADO DEL VEHICULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10019353327	CLASE DE VEHICULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	ADVANCE R
MODELO:	2020	COLOR:	GRIS NEGRO
NÚMERO DE SERIE:	9GFXCHTC3LCH00146	NÚMERO DE MOTOR:	1P50FMHHK1278733
NÚMERO DE CHASIS:	9GFXCHTC3LCH00146	NÚMERO DE VIN:	9GFXCHTC3LCH00146
CILINDRAJE:	109	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	03/10/2019
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8088418700	04/10/2022	05/10/2022	04/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	⊕ VIGENTE
82024114	02/10/2021	04/10/2021	03/10/2022	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	⊖ NO VIGENTE
79187838	03/10/2020	04/10/2020	03/10/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	⊖ NO VIGENTE
1008004244294000	02/10/2019	03/10/2019	02/10/2020	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	⊖ NO VIGENTE

📄 Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/17

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50912 fechada el día 23.08.19 cuyo paciente es CAMPO RAMON RAFAEL

HISTORIA No. 12100665

GLOSA No: ZGL-1-41389

SINIESTRO: 50912

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 7502673.00

JUSTIFICACION:

999
 GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 7502673.00 SE ANEXA DECLARACION DEL SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
 NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE ENVIAR INFORME REALIZADO POR LA AUDITORIA INTERNA DE LA ASEGURADORA CON EL FIN DE ACLARECER TIEMPO Y LUGAR DE LOS HECHOS ,TODA VEZ QUE REPOSA EN NUESTRO ARCHIVO LA DECLARACION DEL SINIESTRO FUE APORTADA POR EL SEÑOR RAFAEL CAMPO RAMON VICTIMA DEL SINIESTRO EN CALIDAD DE OCUPANTEDE LA MOTO CON IDENTIFICACION BFZ17F CON EL FIN DE HACER RECOBRO A LA ASEGURADORA CORRESPONDIENTE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	7,502,673.00
VALOR GLOSADO :	7502673.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	7502673.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

Recibido!

21 de Noviembre del 2023

20214053





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/17

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50912 fechada el día 23.08.19 cuyo paciente es CAMPO RAMON RAFAEL

HISTORIA No. 12100665

GLOSA No: ZGL-1-41389

SINIESTRO: 50912

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 7502673.00

JUSTIFICACION:

999
 GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 7502673.00 SE ANEXA DECLARACION DEL SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
 NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE ENVIAR INFORME REALIZADO POR LA AUDITORIA INTERNA DE LA ASEGURADORA CON EL FIN DE ACLARECER TIEMPO Y LUGAR DE LOS HECHOS ,TODA VEZ QUE REPOSA EN NUESTRO ARCHIVO LA DECLARACION DEL SINIESTRO QUE FUE APORTADA POR EL SEÑOR RAFAEL CAMPO RAMON VICTIMA DEL SINIESTRO EN CALIDAD DE OCUPANTEDE LA MOTO CON PLACA BFZ17F CON EL FIN DE HACER RECOBRO A LA ASEGURADORA CORRESPONDIENTE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	7,502,673.00
VALOR GLOSADO :	7502673.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	7502673.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

Bogotá D.C. Octubre 30 de 2023.

RECIBIDO 08 NOV 2023

OBJEQU-20196351-2023

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

Asunto:

Siniestro: 90708875
Afectado: RAFAEL CAMPO RAMON
Poliza: AT-1501-8088418700-0
Factura: **FEC150912**

Respetado(a) Señor (a):

En atención a la solicitud de pago presentada a esta compañía, por concepto de reclamación del ramo SOAT, correspondiente a Gastos Médicos, amparados por la póliza citada en la referencia, a cuyo propósito le manifestamos:

Atendiendo los parámetros señalados en el Decreto 780 de 2016 donde se mencionan los documentos exigidos para presentar una solicitud de indemnización por cada uno de los amparos cubierto por las pólizas de SOAT y demás normas aplicables al SOAT y en atención a su reclamación, LA EQUIDAD SEGUROS les solicita remitir la siguiente información:

Aclaración y/o corrección del vehículo en el que se movilizaba el lesionado, teniendo en cuenta que en documentación aportada no es clara dicha información.

De esta manera, nos permitimos comunicarle que para este caso la Compañía entiende no formalizada la reclamación hasta tanto no se alleguen los documentos solicitados. Quedamos a la espera de la documentación requerida.

Cordialmente



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.
Elaboró: Grupo MOK
Revisado: Grupo MOK

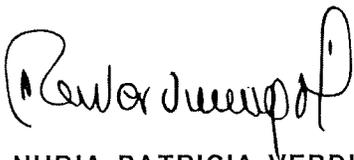
	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT						No. Egreso
							

No.	20196351	No.	170196	Siniestro	90708875	No. Factura	FEC150912		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	17/05/2023	Fecha aviso	13/07/2023	Fecha recepción	10/10/2023	
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	808841870	Vigencia	05/10/2022	hast	04/10/2023
Id tomador	1003815313	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	12100665	Nombre	RAFAEL CAMPO RAMON						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S525						Ciuda	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	ACLARACION Y/O CORRECCION DEL VEHICULO EN EL QUE SE MOVILIZABA EL LESIONADO, TENIENDO EN CUENTA QUE EN DOCUMENTACION APORTADA NO ES CLARA DICHA INFORMACION.	100%	7,502,673	7,502,673	0

1001	Cobrado	7,502,673
1002	Obj. Parcial	7,502,673
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Rafael Campo Poma No. Documento de Identidad 12100665
Edad 75A Sexo M Dirección Domicilio Calle 11 sur #9-09 Ciudad Nueva Teléfono 3102499309
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Cindy Carolina Orvieto Turon No. Documento de Identidad 1102796499
Edad 37A Sexo F Dirección Domicilio Calle 11 sur #9-09 Ciudad Nueva Teléfono 8734982
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Victory Placa B7Z17F Vehículo Motocicleta
3.1 Aseguradora Ecuador Póliza No. 8088418700

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 17-05-2023 Hora 18-23

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente <u>Carretera 7 con calle 2 sur</u>
Conductor	
Ocupante <u>X</u>	
Pedón	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos.

Yo Rafael Campo iba como Ocupante de la moto con placa B7Z17F y al esquivar un bemo perdí el control de la moto y caí con serias lesiones personales

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

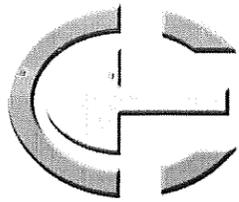
Yo, Rafael Campo identificado con c.c. 12100665 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados

Acépto en la ciudad de Nueva Fecha y hora 17-05-2023 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima Rafael Campo Firma Acompañante _____
Nombre _____ Nombre _____

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.22, 08:39:43, 2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50920

Table with columns: ENTIDAD RESPONSABLE, TIPO CONTRATO, VIA DE INGRESO, DIRECCION, TELEFONO, ORDEN SS, etc.

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY
DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI NEIVA TELEFONO: 3228527610
EDAD: 18 Años

OBSERVACIONES:

Table header for items: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Table row: 39305 MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G

ESTANCIAS

Table row: 38124 HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Table with multiple rows of medical materials including VENOCAT CATETER, GASA ESTERIL, EQUIPO MACROGOTEO, etc.

MEDICAMENTOS

Table with multiple rows of medications including CLORURO DE SODIO, ISODINE SOLUCION, CLORURO SODIO, etc.

IMAGENES DX

Table with multiple rows of X-ray images including MANO, DEDOS, PUÑO, ANTEBRAZO, etc.

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE
SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS LOS ASPECTOS A LA FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dia: 18

Modalidad ELECTRONICA D

Cufe: 5fb1dc71eeefce39959630f3266b5f39256730e8945a086

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F



Recibido!
CODIGO DEL COMERCIO 000
na vigencia de: 12 Meses
10 de Octubre del 2023
a54f7bfeef7f0
JILL 20196354-0
A COLOMBIA S. A. S NIT. 900.300.426 6

30

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:00:14 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150920

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
5fb1dc71eefce39959630f3266b5f39256730e8945a086b0d28f0
280e8679bbb40383d0c94256c62213da54f7bfef7f0

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3166799

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-21 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
f655d694e73ce53f3370af61c806d80a15bb7004c3b254fbe8353
350c3b437768359757478b4fd23dec99e25505cf2fc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 08:42:11.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150920

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
5fb1dc71eefce39959630f3266b5f39256730e8945a086b0d28f0
280e8679bbb40383d0c94256c62213da54f7bfef7f0

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
7349c3c158092dc5b0e9270a0c737d514d9aebf374145a90ed0
215d0a9eef6efa85b4afa56f6caed8f00261f15385e20

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-03 07:19:45.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

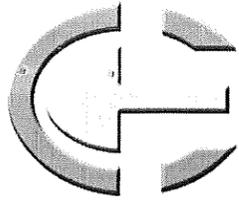
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.22, 08:39:43, 2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50920

Table with columns: ENTIDAD RESPONSABLE, TIPO CONTRATO, VIA DE INGRESO, DIRECCION, TELEFONO, ORDEN SS, etc.

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY EDAD : 18 Años
DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI NEIVA TELEFONO: 3228527610

OBSERVACIONES:

Table header for items: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo Via GRQ %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Table row: 39305 MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G

ESTANCIAS

Table row: 38124 HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Table with multiple rows of medical materials: VENOCAT CATETER # 18, GASA ESTERIL PAQUETICOS, EQUIPO MACROGOTEO, etc.

MEDICAMENTOS

Table with multiple rows of medications: CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER, ISODINE SOLUCION, etc.

IMAGENES DX

Table with multiple rows of X-ray images: MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, etc.

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

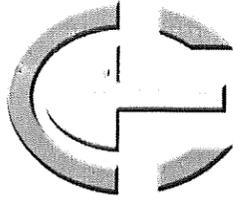
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5fb1dc71eeefce39959630f3266b5f39256730e8945a086b0d28f0280e8679bbb40383d0c94256c62213da54f7b7ef7f0

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

30



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Data: NEIVA, 2023.08.22, 08:39:43, 2023.09.21. Factura Electronica de Venta FEC1 - 50920

Main table with columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Includes sections for LABORATORIOS and OTROS.

Summary table: VALOR BRUTO: 3,166,799, CUOT.MODER/COPAGO 0, TOTAL A PAGAR \$ 3,166,799

SON: TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.
Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.22 08:42:11 AM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 5fb1dc71eeefce39959630f3266b5f39256730e8945a086b0d28f0280e8679bbb40383d0c94256c62213da54f7bfe7f0
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Handwritten mark '2a'

FACTURA:	50920
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ 1,212,799
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 1,954,000
 DIEGO A. RODRIGUEZ	
CARTERA	



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

EMT

Usuario	NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON		No. Radicado	
Fecha Radicaci/n:	D	D	M	M
	A	A	A	A
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}		Nro. Factura	FEC1- 50920	
		\Cuenta de Cobro		

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA		
Codigo Habilitacion:	410010046601	Nit:	8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

RIVERA	TORRES
1er. Apellido o Razon Social	2do. Apellido
JOSET	FERNEY
1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento:	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/>
No. Documento:	1077224845
De: 41001	Fecha de Nacimiento: 2005/01/3
Direcci/n:	ASENT. VILLA OSORI
Sexo:	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Departamento:	HUILA
Cod. 41	Telefono: 3228527610
Municipio:	NEIVA
Cod. 001	
Condicion del accidentado:	<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Peaton <input checked="" type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito	<input checked="" type="checkbox"/>			
Naturales:	Sismo	<input type="checkbox"/>	Maremoto	<input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas
	Inundaciones	<input type="checkbox"/>	Avalancha	<input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra
Terroristas:	Explosi/n	<input type="checkbox"/>	Masacre	<input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal
	Incendio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Combate
Otros	<input type="checkbox"/>	Cual?	Ataques a Municipios	<input type="checkbox"/>	Desplazados
Direcci/n de la Ocurrencia:	CARRERA 25 CON CALLE 23A				
Fecha Evento/Accidente:	2023/07/2	Hora:	18:05		
Departamento:	HUILA	Cod. 41			
Municipio:	NEIVA	Cod. 001	Zona:	U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
Informe del accidente (Relato breve de los hechos):	PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KGM34G, COLISIONADO POR UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES				

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento:	Aseg. <input checked="" type="checkbox"/> No Aseg. <input type="checkbox"/>	Vehi. Fantasma.	<input type="checkbox"/>	P/liza falsa	<input type="checkbox"/>	Vehiculo en Fuga	<input type="checkbox"/>
Marca:	HERO	Placa:	KGM34G				
Tipo de Servicio:	Particular <input checked="" type="checkbox"/>	Publico	<input type="checkbox"/>	Oficial	<input type="checkbox"/>	Vehiculo de Emergencia	<input type="checkbox"/>
Vehiculo de Servicio diplomático o consultar	<input type="checkbox"/>	Vehi. de transporte masivo	<input type="checkbox"/>	Vehi. Escolar	<input type="checkbox"/>		
Codigo Aseguradora:	AT1501	intervenci/n de la Auto.	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
Poliza SOAT No	8088943600	Cobro excedente P/liza	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
Vigencia de la Poliza:	Desde: 2022/10/8	Hasta:	2023/10/7				

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

BELTRAN	CACERES
1er. Apellido o Razon Social	2do. Apellido
JEFRY	DANIEL
1er. Nombre	2do. Nombre
Documento de identidad:	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>
No. Documento:	1075246175
Direccion:	CARRERA 5 N 36 30 SUR
Departamento:	HUILA
Cod. 41	
Municipio:	RIVERA
Cod. 615	Telefono: 3166401480
Total Folios:	0

32



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

BELTRAN	CACERES
1er.Apellido	2do.Apellido
JEFRY	DANIEL
1er.Nombre	2do.Nombre
Tipo de Documento: <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS	No. Documento 1075216175
Dirección: CARRERA 5 N 36 30 SUR	
Departamento: HUILA	Cod. 41 Teléfono: 3166401480
Municipio: NEIVA	Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisión <input type="checkbox"/>	Orden servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión:	// a las	
Prestador que remite:		Código de inscripción:
Dirección:	Telefono:	
Profesional que Remite:		Cargo:
Fecha de Aceptación:	// a las	
Prestador que recibe:		Código de inscripción:
Dirección:	Telefono:	
Profesional que recibe:		Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No. _____

Transporto la víctima desde : _____ Hasta : _____

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona:

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/07/2 a las 20:00	Fecha de Egreso: 2023/07/3 a las 10:17
Diagnostico presuntivo de Ingreso S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE	Diagnostico presuntivo de Egreso S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE
Diagnostico definitivo de Ingreso S528 FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO	Diagnostico definitivo de Egreso S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
Diagnostico relacionado de Ingreso S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA	Diagnostico relacionado de Egreso S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
JESUS	ANTONIO
1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY
1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
Tipo Documento <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento 1118849376
	Número de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3166799	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.07.02 HORA DE INGRESO: 20:00
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.07.03 HORA DE EGRESO: 10:17
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S070 - TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
RELACIONADO2: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.07.02-20:36:27 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KGM34G, COLISIONADO POR UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 19+00
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 115/70 FC: 85 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 173 PESO: 76 IMC: 25 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CON HERIDA EN PUENTE NASAL DE APROX 3 CM
ADEMAS ABRASIONES PERILESIONARES, EQUIMOSIS ORBITARIA DERECHA CON DOLOR ALA PLAPCION Y LIMITACION A LA APERTURA OCUALR DERECHA
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

ISIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS, CON DOLOR HEMITORAX DERECHO

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

<<PELVIS>>

ESTABLE, NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO, BRAZO DERECHO, CODO DERECHO, ANTEBRAZO DERECHO CON DEFORMIDAD EN SU DIAFISIS, NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.

<<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

<<PIEL>>

ABRASIONES EN HOMBRO DERECHO Y BRAZO DERECHO

<<FANERAS>>

NROMAL

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE

TAC DE CARA

TAC DE TORAX

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

**** PLAN DE MANEJO:**

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN

- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HROAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.07.02-20:48:09 MEDICO: / (AUXIL. KML - KARLA MELISA LOPEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 20:36 / 20:38 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: KARLA MELISA LOPEZ

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN EN BRAZO DERECHO Y 4 DEDO DE LA MANO IZQUIERD CON ESCORIACIONES MULTIPLES EN DORSO DE LA NARIZ+SUCIEDAD EN EL OJO DERECHO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO , SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 23.07.02-21:53:18 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

SE SOLICITA PT, PTT, HEMOGRAMA

**** FECHA: 23.07.03-00:29:37 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

TAC DE CARA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

TAC DE TORAX NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO Y CUBITO EN SU TERCIO PROXIMAL.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

**** FECHA: 23.07.03-00:38:15 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS

HORA INICIAL/FINAL: 00:20 / 00:30 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

**** FECHA: 23.07.03-00:38:47 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

**** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO ****

EN SALA DE: SALA DE YESOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

**** FECHA: 23.07.03-00:42:42 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, Y EN

25



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 121/67 MMHG, FC: 82 X MIN, FR: 19 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHA SIN CREPITOS NI ENFISEMA, PULMONES BIEN VENTILADOS, EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:

TAC DE TORAX : SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS
CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:

TRAUMA CERRADO DE TORAX

PLAN:

SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO,
VOMITO O FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

**** FECHA: 23.07.03-00:43:59 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES MEDICAS:**

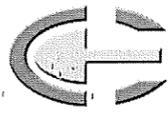
SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR MADURO.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**** FECHA: 23.07.03-03:03:06 MEDICO: / (DR(A). JAB - JOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PARACLINICOS DE: 03/07/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 8.80 %NEUTROFILOS: 49.2 % LINFOCITOS: 43.1 HEMOGLOBINA: 16.2 %HEMATOCRITO: 46.4 MCV: 82.9
MCH: 29.0 PLAQUETAS: 220.000
TIEMPOS: TP: 13.90 TPT: 35.60 INR: 0.89



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA SIN LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. TIEMPOS NORMALES.

**** FECHA: 23.07.03-07:46:38 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CARA Y ANTEBRAZO DERECHO ,
AL EXAMEN FISICO: ANTEBRAZO DERECHO DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.

RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQ

DX: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQ

PLAN: SALIDA

ANALGESICOS AMBULATORIOS

SE PROGRAMA PARA CIRUGIA

INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES Qx:**

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

MATERIAL DE SINTESIS ; DOBLE SET DE PLACAS DCP-LCP 3.5 Y DOBLE SET DE TORNILLOS .

DIA

DURACION 1 HORA

HOSPITALIZADO

**** FECHA: 23.07.03-10:16:27 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE DE TRANSITO +FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQ ACTUALMENTE
HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES EN METAS , CON MODULACION DEL DOLOR Y MOVILIDAD DE ARTICULACIONES
CON PRESENCIA DE INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO , EL CUAL SE REPORTA RADIOGRAFIA FRACTURA DE RADIO Y
CUBITO IZQ , VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN DECIDE DAR EGRESO PREVIA PROGRAMACION PARA EL DIA 05/07/23 PARA
REALIZACION DE OSTEOSINTESIS , POR LO QUE SE DA SALIDA CON MANEJO ANALGESICO Y SIGNOS DE ALARMA , S E EXPLICA EL
PROCEDER , QUIEN REFIERE ENTENDER.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** MEDICAMENTOS:**

SALIDA

IBUPROFENO 400MG VO CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN X 500 MG V.O CADA 6 HORAS



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

ACUDIR EL DIA 05/07/23 HORA 11 AM
INCAPACIDAD POR 30 DIAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

**** OTROS:**

ACUDIR EL DIA 05/07/23 HORA 11 AM

**** ORDENES MEDICAS:**

RECOMENDACIONES GENERALES

- TOMAR MEDICAMENTOS ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIOS COMO SE DESCRIBE EN ORDEN MEDICA
- MANTENER EXTREMIDADES Y ZONAS AFECTADAS EN REPOSO.
- COLOCAR HIELO O FRIO EN ZONAS AFECTADAS PARA CONTROLAR INFLAMACION.
- GUARDAR REPOSO ABSOLUTO DURANTE EL TIEMPO DICTAMINADO DE INCAPACIDAD
- NO MOJAR YESO.

SIGNOS DE ALARMA

ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA CUALQUIERDA DE LOS SIGUIENTES:

- FIEBRE >38° - CEFALEA INTENSA - MAREO PERSISTENTE
- CALOR LOCAL INTENSO EN ZONAS AFECTADAS
- DOLOR INTENSO NO TOLERABLE EN ZONAS AFECTADAS
- MALESTAR GENERAL INTENSO CON DECAIMIENTO Y DEBILIDAD MARCADA
- SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, MAL OLOR, MAL ASPECTO Y DOLOR DE HERIDAS
- DIFICULTAD RESPIRATORIA O DOLOR TORACICO
- PERDIDA DE CONCIENCIA O CONVULSIONES
- SE DAN FOLLETOS Y PREVIA RECOMENDACIONES.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB C AD A 8H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB C AD A 6H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.07.03-10:17:18 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.03-10:17:01 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

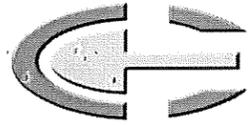
CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

TIPO GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazan C.
Medico Cirujano
UNICAUCA
RM 1061724214

DR@ JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 162493

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -162493 Fecha 2023/07/2

Nombre Paciente: RIVERA TORRES JOSET FERNEY - 1077224845 Edad: 18 Sexo: M

Quien Realiza: KML- KARLA MELISA LOPEZ Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
3. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
6. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagnósticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
3. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
6. S202-CONTUSION DEL TORAX

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

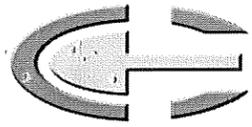
Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	KML	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ,EN BRAZO DERECHO Y 4 DEDO DE LA MANO IZQUIERD CON ESCORIACIONES MULTIPLES EN DORSO DE LA NARIZ+SUCIEDAD EN EL OJO DERECHO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO , SIN COMPLICACION ALGUNA.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 162493

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -162493 **Fecha** 2023/07/3

Nombre Paciente: RIVERA TORRES JOSET FERNEY - 1077224845 **Edad:** 18 **Sexo:** M

Quien Realiza: MJJ- JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Sala:** 11 **SALA DE YESOS**

Diagnósticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
3. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
6. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagnósticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
3. S070-TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
5. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
6. S202-CONTUSION DEL TORAX

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	MJJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

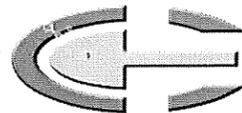
Descripción: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2º PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.



Jesús A. Mendiola Joly
 RM. 1118849370
 MÉDICO GENERAL

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 2-Jul-2023 11:28:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
 860028415 RIVERA TORRES JOSET EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
 CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2023.07.0 20:00
 001 0 SOAT OTRO REGIMEN 18 Años Fecha Egreso :
 PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY 1 NIVEL I NEIVA ASENT. VILLA OSORI 3228527610

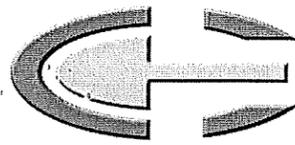
FECHA	Tar	Codigo	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2023.07.02	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	10.00
2023.07.02	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	10.00
2023.07.02	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	KML	10.00
2023.07.02	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	6.00
2023.07.02	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	1.00
2023.07.02	ZMQ	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA M	KML	1.00
2023.07.03	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	MJJ	3.00
2023.07.03	ME	VENDA4X5	VENDA ALGODON 4X5	MJJ	3.00
2023.07.03	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 4X5	MJJ	3.00

PACIENTE: 1077224845 RIVERA TORRES JOSE T FERNEY **EDAD:** 18
DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI **TELEFONO:** 3228527610
ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA
Nº SINIESTRO: ZSI-1-57514 **FECHA SINIESTRO:** 2023.07.02 **Nº POLIZA:** 8088943600

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 2 de julio de 2023						
20:37:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:37:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:37:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:37:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:37:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:37:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	NRI	
20:37:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	NRI	
20:37:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	5.00		NOCHE	NRI	
20:37:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	NRI	
20:37:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
TOTAL SUMINISTRADO:						19.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 3 de julio de 2023						
04:37:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:37:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:37:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:37:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:37:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	NRI	
04:37:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	NRI	
04:37:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
08:37:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
08:37:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	VAC1	
TOTAL SUMINISTRADO:						15.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

No. Identif. 1077224845

Edad. 18

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2023.07.03

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB

Cant.: 20.00 TOMAR 1 TAB C AD A 8H

* ACETAMINOFEN 500 MG

Cant.: 20.00 TOMAR 1 TAB C AD A 6H


Dr. Herber Romero C.
Médico CURN
CC. 1047454473
MEDICO

FARMACIA


PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

PEDIDO INTRAHOSPITALARIO No.: 140-1 -189349

FECHA EMISION: 2023.07.10

HORA: 11:31:29

PAGINA No: 1

USUARIO: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845

CAMA: -

ORIGEN:

ENTIDAD: EPS037 - NUEVA EPS

MEDICO: Dr. HEIDER JOSE ROMERO CASARES

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
TOTAL CANTIDAD:			40.00

FIRMA DEL MEDICO

ENTREGA

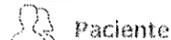
RECIBE

Jose Rivera



Laboratorio María Gicela Ramirez

Página 1 De 2
2023-07-03 01:00
2023-07-03 01:50



Paciente
RIVERA TORRES JOSET FERNEY
1077224845
Masculino
18 Años

Orden No. 202307030004

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Resultado	Unidades	Valores de referencia
-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

Hemograma IV

Recuento de Leucocitos	8.80	x 10 ³ /ul		03/07/2023 01:30
Recuento de Globulos Rojos	5.59	x 10 ⁶ /ul	*	3.50 - 5.50 03/07/2023 01:30
Hemoglobina	16.2	g/dl	*	11.0 - 15.0 03/07/2023 01:30
Hematocrito	46.4	%		36.0 - 48.0 03/07/2023 01:30
Volumen Corpuscular Medio	82.9	fL		80.0 - 99.0 03/07/2023 01:30
Hemoglobina Corpuscular Media	29.0	pg		26.0 - 32.0 03/07/2023 01:30
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.9	g/dl		32.0 - 36.0 03/07/2023 01:30
Recuento de Plaquetas	220	x 10 ³ /ul		150 - 450 03/07/2023 01:30
Neutrofilos %	49.2	%	*	50.0 - 70.0 03/07/2023 01:30
Linfocitos %	43.1	%	*	20.0 - 40.0 03/07/2023 01:30
Monocitos %	6.2	%		1.0 - 8.0 03/07/2023 01:30
Eosinofilos %	1.40	%	*	3.00 - 7.00 03/07/2023 01:30
Basofilos %	0.10	%		0.00 - 1.00 03/07/2023 01:30
Neutrofilos #	4.33	x 10 ³ /ul		2.00 - 7.80 03/07/2023 01:30
Linfositos #	3.79	x 10 ³ /ul		0.60 - 4.10 03/07/2023 01:30
Monocitos #	0.54	x 10 ³ /ul		0.10 - 1.80 03/07/2023 01:30
Eosinofilos #	0.13	x 10 ³ /ul	*	0.30 - 0.70 03/07/2023 01:30
Basofilos #	0.01	x 10 ³ /ul		0.00 - 0.10 03/07/2023 01:30
Volumen Plaquetario Medio	11.0	fL	*	7.4 - 10.4 03/07/2023 01:30
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	40.8	fL		39.0 - 46.0 03/07/2023 01:30
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.1	%		11.5 - 14.5 03/07/2023 01:30
PDW	15.9			03/07/2023 01:30
PCT	0.243	%		03/07/2023 01:30

Validado por: Camilo Bautista
BACTERIOLOGO

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP	13.90	seg		11.30 - 18.30 03/07/2023 01:41
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	35.60	seg		22.00 - 38.00 03/07/2023 01:33
INR	0.89			03/07/2023 01:41

Validado por: Camilo Bautista
BACTERIOLOGO



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA
 NIT 900.422.862-8
 CLL 18 # 6-39
 Tel: (608) 8643405
 Neiva - Colombia
 mafec47@yahoo.com



Factura electrónica de venta
 No. FE 8790

Señores CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA
 NIT 800.110.181-9 Teléfono (608) 0000000 - Ext. 000
 Dirección CALLE 18 6 65 Ciudad Neiva - Colombia

Fecha y hora Factura
 Generación 17/08/2023, 10:46
 Expedición 17/08/2023, 10:46
 Vencimiento 16/09/2023

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	1.00	16,180,650.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Dieciséis millones ciento ochenta mil seiscientos cincuenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-09-16 por \$ 16,180,650.00

Total Bruto	16,180,650.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	16,180,650.00

Fabricante: Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - NIT 850.046.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Observaciones:

SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE JULIO DEL AÑO 2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764042150229 aprobado en 20221229 prefijo FE desde el número 8001 al 9500

Vigencia: 12 Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0,8%
 CUFE: 5813db8ba52086688796cf5b713995a06106f872f6ade2dcac534f086002de66c2f8d5a7a071e0fa150034f9465c98

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISEIS MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS

MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$16,180,650.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS
DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (1RA QUINCENA).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
7010003	1075308317	25 Años	MARTINEZ JOVEN MARCO ANTONIO	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
7010007	1077720766	22 Años	RIVERA VALBUENA ALEJANDRO	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
7010009	34607854	45 Años	RUIZ GALLEGO PAULA ANDREA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7010010	7724695	40 Años	VALENZUELA SAAVEDRA JULIAN	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
7020001	1003895309	20 Años	DE LA PEÑA MOSCOSO MIGUEL ANGEL	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7020002	1075600327	27 Años	GOMEZ VARGAS KATHERINE	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISEIS MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS
MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$16,180,650.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS
DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (1RA QUINCENA).

7020003	1070706712	30 Años	NOVOA RUIZ IVAN ENRIQUE	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
7020004	1030561388	33 Años	CALCETO SOGAMOSO JENNY FERNANDA	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
7020005	79573586	52 Años	LOZANO TRIANA ROBINSON	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
7020006	7726415	40 Años	SALCEDO NIETO YIMY ADRIAN	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
7020007	55156341	54 Años	ALARCON CHAVARRO HERLANDY	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
7020008	1007300476	22 Años	GUAUNA MUÑOZ YAN CARLOS	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
7020011	1075297098	27 Años	TORRES JIMENEZ RICARDO	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISEIS MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS
MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$16,180,650.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS
DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (1RA QUINCENA).

	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
7030001	1075793117	17 Años	CARDOSO VANEGAS LISETH LORENA	
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	33,600
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	33,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
7030002	1075217227	43 Años	RAMIREZ GARZON JORGE ROQUE	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
7030003	1109840945	18 Años	CARDOSO VANEGAS DANIEL STIVEN	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
7030004	1077224845	18 Años	RIVERA TORRES JOSET FERNEY	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
7030005	7696215	48 Años	MARTINEZ LEYTON NILSON ENRIQUE	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISEIS MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS
MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$16,180,650.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS
DURANTE EL MES DE JULIO 2023 (1RA QUINCENA).

902210			Hemograma IV	32,100
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
903856			NITROGENO UREICO	15,500
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
799			PARCIAL DE ORINA	20,500
7150025	1075313696	24 Años	MEDINA MOLINA JUAN DAVID	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
902210			Hemograma IV	32,100
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
7150026	1007499114	22 Años	RUEDA PINTO CARLOS EDUARDO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
902210			Hemograma IV	32,100
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	29,800
SUBTOTAL				17,978,500
MENOS EL 10%				1,797,850
TOTAL				16,180,650



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
 MARIA GICELA RAMIREZ
 NIT: 900.422.862-8
 Calle 18 No. 6 - 39
 Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE** y **MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.**, con NIT No. **900.422.862-8**, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con NIT No. **800.110.181-9** se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022 y de los meses de **ENERO** a **JUNIO** de 2023, por concepto de **SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los quince (15) días del mes de agosto de 2023.

+++++
 C.C. No. 36166856 NEIVA
 Gerente

+++++
 C.C. No. 36309066 NEIVA
 Contador Público
 T.P. No.123297-T



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.18

HORA: 16:06:31

PAGINA No: 1

Numero: 80523 Fecha Ex. 02/07/23 Hora 16:06

Nombre Paciente: 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY

Dirección: ASENT. VILLA OSORI

Telefono: 3228527610 Edad: 18 A Sexo: M

Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo derecho observándose fractura del tercio proximal de la diáfisis de cubito y de radio, fracturas estas desplazadas, anguladas y cabalgadas.

Importante edema de los tejidos blandos adyacentes al foco de fracturas.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del puño.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro derecho observándose la articulación escapula humeral y acromio clavicular con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se advierten alteraciones.

No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.

Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.

En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.

Las cisternas de la base, el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.

No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.

Llama la atención la presencia de aumento de la densidad y engrosamiento de la fisura interhemisférica posterior hacia el seno recto y se proyecta hacia la cisterna de la pineal, que puede estar representado probable hemorragia subaracnoidea interrogado para correlacionar y controlar.

El resto del examen no muestra otras alteraciones.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

2



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.18

HORA: 16:06:31

PAGINA No: 2

Numero: 80523 Fecha Ex. 02/07/23 Hora 15:46

Nombre Paciente: 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY

Dirección: ASENT. VILLA OSORI

Telefono: 3228527610 Edad: 18 A Sexo: M

Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.

Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.

Hay notoria desviación del septum nasal hacia la izquierda de la línea media e incluso presencia de espolón del septum nasal a este nivel.

Hay ligera desviación del puente nasal hacia la izquierda de la línea media.

El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.

Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.

Ligero engrosamiento mucoperiostico hacia el piso del seno maxilar izquierdo.

TAC DE TORAX

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opérculo torácico hasta planos inferiores de las hemidiafragmas.

HALLAZGOS:

No hay datos clínicos.

A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.

No hay focos pulmonares consolidativos.

No se observan derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.

A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea superior, la tráquea, la Carina y los bronquios fuentes con aspecto normal.

El cayado aórtico se advierte sin alteraciones.

Aorta torácica descendente sin alteraciones.

No se confirma cardiomegalia.

La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.

No se observan masas ni nódulos mediastinales.

El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.

El trayecto esofágico esta conservado.

En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

CONCLUSION

ESCANOGRAFIA DEL TÓRAX:

Dentro de límites normales.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 02-07-13

Señores Ejidad
 Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Joset Rivera identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 107729845, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Ejidad, producto de las atenciones prestadas desde 02-07-13 a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG.ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

Paciente

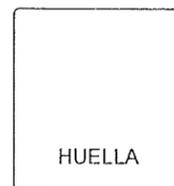
Joset Rivera

Firma
 Nombre:
 c.c.



Acudiente o Representante

Firma
 Nombre:
 c.c.



HUELLA



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075216175
NOMBRES	JEFRY DANIEL
APELLIDOS	BELTRAN CACERES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PITALITO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/02/2023 19:48:56 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDU, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDU, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027430446

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KGM34G	HERO	IGNITOR SS	2023
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
124	NEGRO	PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD SUPS.
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
JA06EXN9B00142	N	9G5JAS023PVNF0227	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
*****	N	9G5JAS023PVNF0227	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BELTRAN CACERES JEFRY DANIEL

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1075216175

BLINDAJE

POTENCIA HP

11

FECHA DE IMPORTACION

23/06/2022

DE FECHA IMPORT

23/06/2022

PUERTAS

0

ENTRADA A LA PROPIEDAD

FECHA

FECHA MATRICULA

11/10/2022

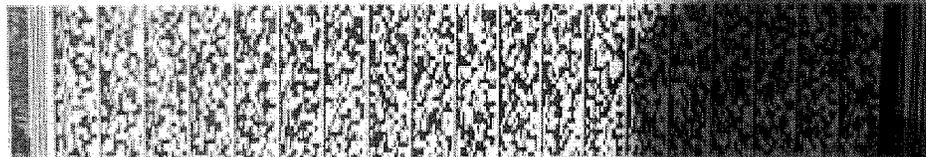
FECHA EXP. LIC. TTO.

11/10/2022

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT02007321008



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	KGM34G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027430446	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	HERO	LÍNEA:	IGNITOR SS
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JA06EXN9B00142
NÚMERO DE CHASIS:	9G5JAS023PVNF0227	NÚMERO DE VIN:	9G5JAS023PVNF0227
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	11/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8088943600	07/10/2022	08/10/2022	07/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50920 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es RIVERA TORRES JOSET FERNEY

HISTORIA No. 1077224845

GLOSA No: ZGL-1-41236

SINIESTRO: 50920

>> ITEM GLOSADO 1: S01-21701- CRANE0 SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 622600.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA. TODA VEZ QUE EL PACIENTE PRESENTA EQUIMOSIS ORBITARIA DERECHA, DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION A LA APERTURA OCULAR, LO CUAL ES INDICACION PARA TAC CEREBRAL Y ES ORDENANDO POR EL MEDICO TRAF EL CUAL VE PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO PARA DESCARTAR LESIONES Y DEFINIR CONDUCTA COMO SE PUEDE EVIDENC EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCID TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRAF ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: S01-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 683300.00

JUSTIFICACION:

108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

Recibido!

17 de Noviembre del 2023

20212534





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No: 240-FEC1-50920** fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es RIVERA TORRES JOSET FERNEY

HISTORIA No. 1077224845

GLOSA No: ZGL-1-41236

SINIESTRO: 50920

>> **ITEM GLOSADO 1:** S01-21701- CRANE0 SIMPLE

- **ESTATUS ACTUAL:** VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

- **ESTATUS ACTUAL:** VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 622600.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
 NO SE ACEPTA GLOSA. TODA VEZ QUE EL PACIENTE PRESENTA EQUIMOSIS ORBITARIA DERECHA, DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION A LA APERTURA OCULAR, LO CUAL ES INDICACION PARA TAC CEREBRAL Y ES ORDENANDO POR EL MEDICO TRATANTE EL CUAL VE PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO PARA DESCARTAR LESIONES Y DEFINIR CONDUCTA COMO SE PUEDE EVIDENCIAR EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> **ITEM GLOSADO 2:** S01-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES

- **ESTATUS ACTUAL:** VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 683300.00

JUSTIFICACION:

108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 683300.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA HERIDA EN PUENTE NASAL DE APROXIMADAMENTE 3 CM, EQUIMOSIS ORBITARIA DERECHA, DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION A LA APERTURA OCULAR DERECHA. SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CARA REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: S01-21712- TORAX

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 648100.00

JUSTIFICACION:

108

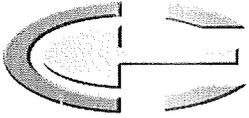
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 648100.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 2 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA DOLOR EN HEMITORAX DERECHO. SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE TORAX REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

VALOR TOTAL FACTURA:	3,166,799.00
VALOR GLOSADO :	1954000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1954000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

YENNY MUÑOZ MOSQUERA

QUIEN RESPONDE

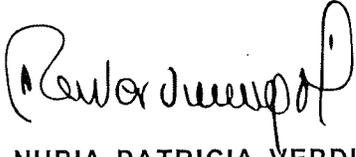
	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT						No. Egreso
	RECIBIDO 08 NOV 2023						

No.	20196354	No.	171562	Siniestro	90711220	No. Factura	FEC150920	
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	02/07/2023	Fecha aviso	27/07/2023	Fecha recepción	10/10/2023
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	808894360	Vigencia	08/10/2022	hasta 07/10/2023
Id tomador	1075216175	Nombre tomador						
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Id accidentado	1077224845	Nombre	JOSET FERNEY RIVERA TORRES					
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Diagnósticos	S602						Ciuda	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	86,100	0	86,100
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
3	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	188,400	0	188,400
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	81,400	0	81,400
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	COD 21701 DEBIDO A SIN PERDIDA DEL CONOCIMIENTO NI DÉFICIT NEUROLÓGICO.	100%	622,600	622,600	0
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	COD 21712, 21706 DEBIDO A QUE NO SE ADJUNTA RX PREVIA CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFIQUEN ESTUDIOS ADICIONALES.	100%	683,300	683,300	0
1	21712	TÓRAX	COD 21712, 21706 DEBIDO A QUE NO SE ADJUNTA RX PREVIA CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFIQUEN ESTUDIOS ADICIONALES.	100%	648,100	648,100	0
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	30,900	0	30,900
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	45,000	0	45,000
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	43,700	0	43,700
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	70,000	0	70,000
1	39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	71,300	0	71,300
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	86,100	0	86,100
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	110,799	0	110,799
1	77702	INSUMOS			16,400	0	16,400
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	64,500	0	64,500

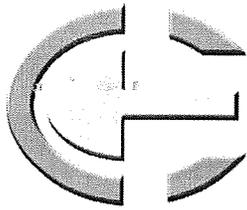
1001	Cobrado	3,166,799
1002	Obj. Parcial	1,954,000
1003	Liquidado	1,212,799

Liquidación: ALEJANDRA.ESCOBAR	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
-----------------------------------	----------	-------------	---



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.22	08:40:47	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50921

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VI A DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 162662,162669
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	2023.07.05 - 11:57 2023.07.06 - 09:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY

EDAD : 18 Años

DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI NEIVA

TELEFONO: 3228527610

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

1i Interv 100%											
13272	OSTEOSINTESIS EN CUBITO Y RADIO	5-Jul-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO FGR	1	584,400	584,400	
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Jul-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI JHT	1	335,500	335,500	
39121	GRUPO 10	5-Jul-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT CLF	1	159,000	159,000	
39212	GRUPO 10	5-Jul-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA CLF	1	1,044,600	1,044,600	
39304	GRUPOS 10 11 12 13	5-Jul-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL CLF	1	584,900	584,900	

ESTANCIAS

38122	HABITACION BIPERSONAL		38122					1	312,600	312,600	
-------	-----------------------	--	-------	--	--	--	--	---	---------	---------	--

MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI

	PL COMPRESION BLOQ PEQUEÑA (LCP) 3.5 MM 6 ORIF							2	624,000	1,248,000	
	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 16MM							1	65,000	65,000	
	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 20MM							5	65,000	325,000	
	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 18MM							6	65,000	390,000	

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS							3	1,000	3,000	
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO							1	9,500	9,500	
010201	VENOCAT CATETER # 18							1	4,800	4,800	
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH							1	0	0	
	GASA ESTERIL PAQUETICOS							4	0	0	
452302	EQUIPO MACROGOTEO							2	4,800	9,600	
	VENDA ALGODON 6X5							2	4,700	9,400	
935100	VENDA ELASTICA 6X5							2	5,700	11,400	
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M							10	0	0	
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S							4	0	0	
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO							1	7,000	7,000	
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5							1	0	0	
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2							3	200	600	
010102	GUANTE ESTERIL 8.0							2	0	0	
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO							2	0	0	
010101	HOJA DE BISTURI # 15							1	0	0	
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5							2	0	0	
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO							2	0	0	
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO							2	0	0	
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2							5	500	2,500	
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2							2	0	0	

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C

Autorizacion de facturacion de la Dia: 187

Modalidad ELECTRONICA De

Cufe: 18251ad650b1763aa042709e9b0c921e3dcfd5b16296;

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P



Recibido!

ODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

na vigencia de: 12 Meses

10 de Octubre del 2023

123052674cb1

JILLO 20190830451 - 0

A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.300.426 C

36

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:00:40 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150921

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
18251ad650b1763aa042709e9b0c921e3dcffdc5b76296a61aff9
5ebc0ef68600b7fcfc883976eccd1ff123052674cb1

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
7025572

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-21 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
169687021fe872086aa4484c68b188dca86a89096f8ab64c1752
6865544b550d254c9b6d67771107e4140f90c54a043a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 08:43:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150921

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
18251ad650b1763aa042709e9b0c921e3dcffdc5b76296a61aff9
5ebc0ef68600b7fcfc883976eccd1ff123052674cb1

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
2a87f783c0b3494fd9d3568867f95c27ed859a97c41cc92ce776
3d35850728412da8a40b8a99453eec86dbea8c5dfa82

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-19 01:39:09.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
2e755941d499bc41cadd46c429ba66c2de9abf18a8b9ada334f6
d92b7b6d1d2b814f40e7999d7495b842024c4c6d1400

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-10-19 10:22:11.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150921

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
18251ad650b1763aa042709e9b0c921e3dcffdc5b76296a61aff9
5ebc0ef68600b7fcfc883976eccd1ff123052674cb1

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 2

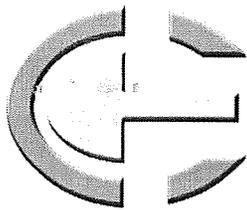
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.22	08:40:47	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50921

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 162662,162669
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	2023.07.05 - 11:57 2023.07.06 - 09:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY

EDAD : 18 Años

DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI NEIVA

TELEFONO: 3228527610

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

1i Interv 100%											
13272	OSTEOSINTESIS EN CUBITO Y RADIO	5-Jul-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO FGR	1		584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	5-Jul-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI JHT	1		335,500	335,500
39121	GRUPO 10	5-Jul-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT CLF	1		159,000	159,000
39212	GRUPO 10	5-Jul-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA CLF	1		1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	5-Jul-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL CLF	1		584,900	584,900

ESTANCIAS

38122	HABITACION BIPERSONAL		38122					1		312,600	312,600
-------	-----------------------	--	-------	--	--	--	--	---	--	---------	---------

MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI

	PL COMPRESION BLOQ PEQUEÑA (LCP) 3.5 MM 6 ORIF							2		624,000	1,248,000
	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 16MM							1		65,000	65,000
	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 20MM							5		65,000	325,000
	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 18MM							6		65,000	390,000

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS							3		1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO							1		9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 18							1		4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH							1		0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS							4		0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO							2		4,800	9,600
	VENDA ALGODON 6X5							2		4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5							2		5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M							10		0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S							4		0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO							1		7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5							1		0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2							3		200	600
010102	GUANTE ESTERIL 8.0							2		0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO							2		0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15							1		0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5							2		0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO							2		0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO							2		0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2							5		500	2,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2							2		0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCOI MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

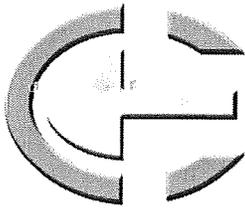
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 18251ad650b1763aa042709e9b0c921e3dcffdc5b76296a61aff95ebc0ef68600b7fcfc883976eccd1ff123052674cb1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

36



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.22, 08:40:47, 2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50921

Main table with columns: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL. Includes sections for Medicamentos and Imagenes DX.

Summary table with columns: VALOR BRUTO, CUOT.MODER/COPAGO, TOTAL A PAGAR \$. Values: 7,025,572, 0, 7,025,572

SON: SIETE MILLONES VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.22 08:43:17 AM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Acceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 18251ad650b1763aa042709e9b0c921e3dcffdc5b76296a61aff95ebc0ef68600b7fcfc883976eccd1ff123052674cb1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

35

FACTURA:	50921	
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. <small>NIT. 800.110.181 - 9</small>		
ABONO	\$	5,590,972
GLOSA ACEPTADA	\$	-
SALDO	\$	1,434,600
 <small>1650 A. RODRIGUEZ</small>		
CARTERA		





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado
 Fecha Radicación:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 RG
 No. Radicado Anterior Nro. Factura
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG} \Cuenta de Cobro **FEC1- 50921**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA**
 Codigo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

RIVERA **TORRES**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
JOSET **FERNEY**
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

 No. Documento: **1077224845**
 De: **41001** Fecha de Nacimiento: **2005/01/3** Sexo: F M
 Dirección: **ASENT. VILLA OSORI**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3228527610**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracón
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Dirección de la Ocurrencia: **CARRERA 25 CON CALLE 23A**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/07/2** Hora: **18:05**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **NEIVA** Cod. **001** Zona: U R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KGM34G, COLISIONADO POR UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. Póliza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **HERO** Placa: **KGM34G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplomático o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Código Aseguradora: **AT1501** intervención de la Auto. Si No
 Póliza SOAT No **8088943600** Cobro excedente Póliza Si No
 Vigencia de la Póliza: Desde: **2022/10/8** Hasta: **2023/10/7**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

BELTRAN **CACERES**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
JEFERY **DANIEL**
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Documento de identidad:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

 No. Documento **1075216175**
 Dirección: **CARRERA 5 N 36 30 SUR**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **RIVERA** Cod. **615** Telefono: **3166401480** Total Folios: **0**



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

BELTRAN
1er.Apellido

CACERES
2do.Apellido

JEFRY
1er.Nombre

DANIEL
2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC CE PA TI RC AS

No. Documento 1075216175

Dirección: CARRERA 5 N 36 30 SUR

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 3166401480

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión

Orden servicio

Fecha de Remisión: // a las

Prestador que remite: Código de inscripción:

Dirección: Teléfono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptación: // a las

Prestador que recibe: Código de inscripción:

Dirección: Teléfono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporto la víctima desde: Hasta:

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona:

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/07/5 a las 11:57

Fecha de Egreso: 2023/07/6 a las 09:44

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE

Diagnostico presuntivo de Egreso
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE

Diagnostico definitivo de Ingreso
S528 FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO

Diagnostico definitivo de Egreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

Diagnostico relacionado de Egreso
S070 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA

JESUS
1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

ANTONIO
2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

MINDIOLA
1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

JOLY
2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

1118849376

Número de Registro de Médico

1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	7025572	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único número 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.07.02 HORA DE INGRESO: 20:00
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2023.07.06 HORA DE EGRESO: 09:44
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S070 - TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA
RELACIONADO2: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.07.02-20:36:27 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KGM34G, COLISIONADO POR UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 19+00
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN.

NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 115/70 FC: 85 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 173 PESO: 76 IMC: 25 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

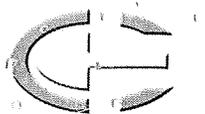
<<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CON HERIDA EN PUENTE NASAL DE APROX 3 CM ADEMAS ABRASIONES PERILESIONARES, EQUIMOSIS ORBITARIA DERECHA CON DOLOR ALA PLACION Y LIMITACION A LA APERTURA OCUALR DERECHA

<<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO

<<TORAX>>



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

||SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS, CON DOLOR HEMITORAX DERECHO

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

<<PELVIS>>

ESTABLE, NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO, BRAZO DERECHO, CODO DERECHO, ANTEBRAZO DERECHO CON DEFORMIDAD EN SU DIAFISIS, NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.

<<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

<<PIEL>>

ABRASIONES EN HOMBRO DERECHO Y BRAZO DERECHO

<<FANERAS>>

NORMAL

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE

TAC DE CARA

TAC DE TORAX

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

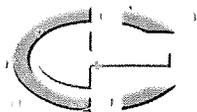
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

**** PLAN DE MANEJO:**

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN

- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- LEV 40 CC/H
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENERAL
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

COLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
COLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HROAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.07.02-20:48:09 MEDICO: / (AUXIL. KML - KARLA MELISA LOPEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 20:36 / 20:38 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: KARLA MELISA LOPEZ

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN ,EN BRAZO DERECHO Y 4 DEDO DE LA MANO IZQUIERD CON ESCORIACIONES MULTIPLES EN DORSO DE LA NARIZ+SUCIEDAD EN EL OJO DERECHO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE COLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO , SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 23.07.02-21:53:18 MEDICO: / (DR(A), MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

SE SOLICITA PT, PTT, HEMOGRAMA

**** FECHA: 23.07.03-00:29:37 MEDICO: / (DR(A), MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA

32



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

TAC DE CARA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

TAC DE TORAX NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO Y CUBITO EN SU TERCIO PROXIMAL.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

** FECHA: 23.07.03-00:38:15 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS

HORA INICIAL/FINAL: 00:20 / 00:30 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** FECHA: 23.07.03-00:38:47 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **

EN SALA DE: SALA DE YESOS

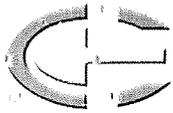
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** FECHA: 23.07.03-00:42:42 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, Y EN



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 121/67 MMHG, FC: 82 X MIN, FR: 19 X MIN, SATURACION: 97%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHA SIN CREPITOS NI ENFISEMA, PULMONES BIEN VENTILADOS, EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO:

TAC DE TORAX : SIN EVIDENCIA DE HEMO NI NEUMOTORAX, NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA A NIVEL COSTAL, ESPACIOS
CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES

DX:

TRAUMA CERRADO DE TORAX

PLAN:

SE CONSIDERA TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE TORAX, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
CONTROL AMBULATORIO POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA CON ANALGESICO

EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DISTENSION ABDOMINAL, CUALQUIER TIPO DE SANGRADO,
VOMITO O FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.

**** FECHA: 23.07.03-00:43:59 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR MADURO.

MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**** FECHA: 23.07.03-03:03:06 MEDICO: / (DR(A). JAB - JOHAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

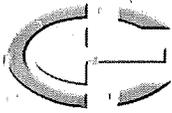
**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PARACLINICOS DE: 03/07/2023

HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 8.80 %NEUTROFILOS: 49.2 % LINFOCITOS: 43.1 HEMOGLOBINA: 16.2 %HEMATOCRITO: 46.4 MCV: 82.9

MCH: 29.0 PLAQUETAS: 220.000

TIEMPOS: TP: 13.90 TPT: 35.60 INR: 0.89



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
 FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
 EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

REPORTE DE PARACLINICOS: HEMOGRAMA SIN LEUCOSITOSIS, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS NORMALES. TIEMPOS NORMALES.

**** FECHA: 23.07.03-07:46:38 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CARA Y ANTEBRAZO DERECHO ,
 AL EXAMEN FISICO: ANTEBRAZO DERECHO DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.
 RX FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQ
 DX: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQ
 PLAN: SALIDA
 ANALGESICOS AMBULATORIOS
 SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
 INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES Qx:**

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE RADIO Y CUBITO DERECHO
 MATERIAL DE SINTESIS ; DOBLE SET DE PLACAS DCP-LCP 3.5 Y DOBLE SET DE TORNILLOS .
 DIA
 DURACION 1 HORA
 HOSPITALIZADO

**** FECHA: 23.07.03-10:16:27 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

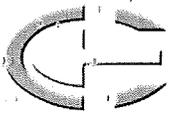
**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE DE TRANSITO +FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQ ACTUALMENTE
 HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES EN METAS , CON MODULACION DEL DOLOR Y MOVILIDAD DE ARTICULACIONES
 CON PRESENCIA DE INMVLIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO , EL CUAL SE REPORTA RADIOGRAFIA FRACTURA DE RADIO Y
 CUBITO IZQ , VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN DECIDE DAR EGRESO PREVIA PROGRAMACION PARA EL DIA 05/07/23 PARA
 REALIZACION DE OSTEOSINTESIS , POR LO QUE SE DA SALIDA CON MANEJO ANALGESICO Y SIGNOS DE ALARMA , S E EXPLICA EL
 PROCEDER , QUIEN REFIERE ENTENDER.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** MEDICAMENTOS:**

SALIDA
 IBUPROFENO 400MG VO CADA 8 HORAS
 ACETAMINOFEN X 500 MG V.O CADA 6 HORAS



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

ACUDIR EL DIA 05/07/23 HORA 11 AM
INCAPACIDAD POR 30 DIAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

** OTROS:

ACUDIR EL DIA 05/07/23 HORA 11 AM

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES GENERALES

- TOMAR MEDICAMENTOS ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIOS COMO SE DESCRIBE EN ORDEN MEDICA
- MANTENER EXTREMIDADES Y ZONAS AFECTADAS EN REPOSO.
- COLOCAR HIELO O FRIO EN ZONAS AFECTADAS PARA CONTROLAR INFLAMACION.
- GUARDAR REPOSO ABSOLUTO DURANTE EL TIEMPO DICTAMINADO DE INCAPACIDAD
- NO MOJAR YESO.

SIGNOS DE ALARMA

ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA CUALQUIERDA DE LOS SIGUIENTES:

- FIEBRE >38° - CEFALEA INTENSA - MAREO PERSISTENTE
- CALOR LOCAL INTENSO EN ZONAS AFECTADAS
- DOLOR INTENSO NO TOLERABLE EN ZONAS AFECTADAS
- MALESTAR GENERAL INTENSO CON DECAIMIENTO Y DEBILIDAD MARCADA
- SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, MAL OLOR, MAL ASPECTO Y DOLOR DE HERIDAS
- DIFICULTAD RESPIRATORIA O DOLOR TORACICO
- PERDIDA DE CONCIENCIA O CONVULSIONES
- SE DAN FOLLETOS Y PREVIA RECOMENDACIONES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB C AD A 8H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB C AD A 6H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

**** FECHA: 23.07.03-10:17:18 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** PLAN DE MANEJO:

>>EGRESO MEDICO:

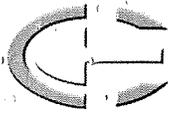
DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.03-10:17:01

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

**** FECHA: 23.07.05-11:57:42 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845	SEXO: MASCULINO	DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI	
FCHA.NACTO: 2005.01.03	EDAD: 18 A	CIUDAD: NEIVA	TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO	RH: A+		

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE CASA A CIRUGIA PROGRAMADA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL02/07/20232 DONDE PRESENTO FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO, VALORADA PREVIAMENTE POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA MANEJO QUIRURGICO DE LA LESION, MOTIVO POR EL CUAL INGRESA. AHORA REFIERE ESTAR BIEN, EN AYUNAS, CON DOLOR MODULADO, NO OTRO SINTOMA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:

TA: 120/80 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXAMEN FISICO:

<<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS

<<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO

<<TORAX>>

SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

<<PELVIS>>

ESTABLE, NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: PRESENTA FERULA YESADA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO EN BUEN ESTADO, BIEN ADAPTADA, NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.

<<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

<<PIEL>>

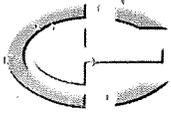
ABRASIONES CON COSTRA HEMATICA EN CARA Y EN MANO IZQUIERDA

<<FANERAS>>

LO YA DESCRITO

** EVOLUCION:

SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 328527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO
2. CONTUSIONES MULTIPLES.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA

ANALISIS:

INGRESA PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, A CIRUGIA PROGRAMADA , SE CARGAN ORDENES PREOPERATORIAS.
SE EXPLICA A PACIENTE. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

MEDIDAS GENERALES:

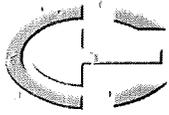
1. NADA VIA ORAL
2. CABECERA A 30 GRADOS
3. BARANDAS ARRIBA EN CAMA
4. VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
5. VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
6. REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
7. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
8. CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
9. MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
10. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENCIÓN DE PROPAGACION DE COVID 19 (USO PERMANENTE DE MASCARILLA QUIRÚRGICA)
11. LAVADO DE MANOS CADA 4 HORAS EN PACIENTE QUE SE PUEDE LEVANTAR O LIMPIEZA CON ALCOHOL EN PACIENTES QUE NO SE PUEDEN DESPLAZAR
12. SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
13. TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA AL LLAMADO

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: UN GR EV DU PREOPERATORIA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DOS GR EV DU PREOPERATORIO
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC A LIBRE GOTEO Y CONTINUAR A 40 CC HORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.07.05-14:45:46 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

BUENO

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 100/60 FC: 70 FR: 20 TEMP: 36.7

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : ANTEBRAZO DERECHO: DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX DE ANTEBRAZO DERECHO: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.05-14:45:36 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.07.05-14:46:15 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

BUENO

25



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY**

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 100/60 FC: 70 FR: 20 TEMP: 36.7

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : ANTEBRAZO DERECHO: DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

**** FECHA: 23.07.05-15:09:20 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

PACIENTE TRAIIDO A CIRUGIAS PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE RADIO Y CUBITO DERECHOS. SE ORDENA ANALGESIA POP

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 60 MG DOSIS UNICA

, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION

TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.07.05-16:35:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA

PERSONAL QUE INTERVINO

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

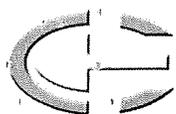
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 15:00 / 16:00 DURACION: 00:59

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CUBITO Y RADIO VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845	SEXO: MASCULINO	DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI	
FCHA.NACTO: 2005.01.03	EDAD: 18 A	CIUDAD: NEIVA	TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO	RH: A+		

No. DESCRIPCION: 15879
 TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION:
 DORSAL EN RADIO DERECHO
 MEDIAL EN CUBITO DERECHO

HALLAZGOS :
 FRACTURA TRANSVERSA DE RADIO Y CUBITO DERECHOS

DESCRIPCION QUIRURGICA :
 PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO, BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION SE LAVA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO Y POR VIA DORSAL EN RADIO SE INCIDIO LA PIEL EN MAS O MENOS 10CM CON TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SE LAVANTO EL PERIOSTO Y SE EXPUSO EL FOCO DE FRACTURA AL CUAL SE RETIRARON CUAGULOS DE SANGRE Y SE LAVO CON 500ML DE SOLUCION SALINA NORMAL, ENSEGUIDA SE PRACTICO REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO CON PLACA DCP-LCP DE 3.5 6H + 6 TORNILLOS CORTICAL. (CASA COMERCIAL OSTEOSUR). SE HACE CONTROL CON ARCO EN C, SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000ML DE SOLUCION SALINA NORMAL Y SE CIERRA TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO CON VICRIL 1. 0 Y PIEL CON PROLENE 2.0. LUEGO POR VIA MEDIAL EN CUBITO SE INCIDE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE MAS O MENOS 10 CM SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA AL CUAL SE RETIRARON CUAGULOS DE SANGRE Y SE LAVO CON 500ML DE SOLUCION SALINA NORMAL, ENSEGUIDA SE PRACTICO REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE CUBITO DERECHO CON PLACA DCP-LCP DE 3.5 6H + 6 TORNILLOS CORTICALES. (CASA COMERCIAL OSTEOSUR). SE HACE CONTROL CON ARCO EN C, SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000ML DE SOLUCION SALINA NORMAL Y SE CIERRA TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO CON VICRIL 1. 0 Y PIEL CON PROLENE 2.0 SE CUBRE LAS HERIDAS CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.
 SANGRADO 150 ML.
 NO COMPLICACIONES
 ARCO EN C 8 DISPAROS.

**** FECHA: 23.07.05-16:36:01 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)> Registrado en historia de: CIRUGIA**

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

**** FECHA: 23.07.05-16:47:41 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)> Registrado en historia de: CIRUGIA**

**** EVOLUCION:**
 POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**
 RX ANTEBRAZO DERECHO FRACTURA DE RADIOY CUBITO REDUCIDAS CON MATERIAL DE SINTESIS



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY**

DOC.IDENT: CC 1077224845

SEXO: MASCULINO

DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI

FCHA.NACTO: 2005.01.03

EDAD: 18 A

CIUDAD: NEIVA

TEL: 3228527610

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: A+

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

HOSPITALIZAR

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION

HOSPITALIZAR

DIETA NORMAL

LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS

CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS

DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS

TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS

CONTROL DE SIGNOS VITALES

VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS

AVISAR CAMBIOS

**** ANALISIS PLAN:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.05-16:47:32

ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.07.05-18:32:35 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)****.....> Registrado en historia de: HHOSPIT****** EVOLUCION:**

SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHOS
2. CONTUSIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO Y CUBITO DERECHOS 05/07/2023

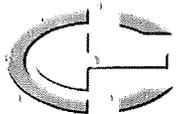
ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA

PACIENTE INGRESA A PISO EN POP INMEDIATO DESCRITO SIN COMPLICACIONES, DE MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. POR LO QUE SE

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY**

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

CARGAN ORDENES DE ORTOPEDIA POP Y SE CONTINUA VIGILANCIA CLINICA.

**** CONDUCTA:**

- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS SEGÚN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.07.05-21:23:30 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHOS
2. CONTUSIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

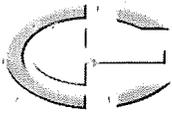
1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO Y CUBITO DERECHOS 05/07/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN, NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA ORIENTADO, BUEN PATRON RESPIRATORIO. AL EXAMEN FISICO CON VENDAJE EN ADECUADAS CONDICIONES, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO. PERFUSION DISTAL CONSERVADA. RESTO DE EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS.

PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN POP MEDIATO, ACTUALMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, NO DOLOR AGUDO. SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU TRATAMIENTO.

PLAN:
IGUAL TRATAMIENTO INSTAURADO.

**** FECHA: 23.07.06-00:43:41 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)> Registrado en historia de: HHOSPIT**

**** EVOLUCION:**

PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN POP DECRITO, ACTUALMENTE ESTABLE, REFIERE SENTIRSE BIEN, NO VOMITO. SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, NO DOLOR AGUDO. SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU TRATAMIENTO.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 2 GR IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC A LIBRE GOTEY Y CONTINUAR A 40 CC HORA , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.07.06-06:27:12 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)> Registrado en historia de: HHOSPIT**

**** EVOLUCION:**

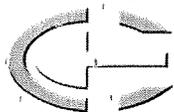
SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHOS
2. CONTUSIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO Y CUBITO DERECHOS 05/07/2023



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY**

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA

SUBJETIVO: REFIERE QUE PASA BUENA NOCHE, SE SIENTE BIEN, NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA ORIENTADO, BUEN PATRON RESPIRATORIO.

TA: 137/83 FC: 61 FR: 17 SATURACION: 96% TEMP: 36.5

CABEZA: NORMOCEFALO

CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.

CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.

TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.

CON VENDAJE EN ADECUADAS CONDICIONES, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO. PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

RESTO DE EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS.

PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN POP DESCRITO, ACTUALMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, NO DOLOR AGUDO. SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU TRATAMIENTO.

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.07.06-09:44:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHOS
2. CONTUSIONES MULTIPLES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

1. REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO Y CUBITO DERECHOS 05/07/2023

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA

S/ SIN ACOMPAÑANTE AL MOMENTO DE LA VALORACION, REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERA VIA ORAL, DOLOR CONTROLADO NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA.



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA ORIENTADO, BUEN PATRON RESPIRATORIO.

TA: 130/60 MMHG FC: 60 LPM FR: 18 RPM SATURACION: 96% TEMP: 36.5

CABEZA: NORMOCEFALO

CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.

CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.

TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.

EXTREMIDADES: CON VENDAJE DE JONES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO EN ADECUADAS CONDICIONES, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO. PERFUSION DISTAL CONSERVADA.

NEUROLOGICO: ALERTA, CONCIENTE ORIENTADO, NO DEFICIT SENSITIVO MOTOR, GLASGOW 15

ANÁLISIS: PACIENTE EN SU PRIMER DIA POS OPERATORIO, INTERVENCION SIN COMPLICACIONES, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA MODULACION SINTOMATICA, SE INDICA ALTA HOSPITALARIA.

SE EXPLICA A PACIENTE.

SALIDA CON:

CONTROL CON ORTOPEDIA EN 20 DIAS

MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO

RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

** CONDUCTA:

** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS20

IBUPROFENO TAB X 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS20

CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS. SOLO EN CRISIS DE DOLOR. TOTAL 10 TABLETAS

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE, OLOR FETIDO, SECRECION O SANGRADO POR LAS HERIDAS, ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA.
- SI TIENE "RASPONES", REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- EN CASO DE QUE LE HALLAN REALIZADO INMOVILIZACION NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL. DEBE DE UTILIZAR UNA BOLSA PLASTICA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
- PUEDE MOVER LA EXTREMIDAD , PERO NO DEBE DE REALIZAR EJERCICIOS DE FUERZA



EPICRISIS No. 58323

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

DOC.IDENT: CC 1077224845 SEXO: MASCULINO DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI
FCHA.NACTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3228527610
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE REDOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 20 DIAS CON EL DR GARCIA.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.

**** FECHA: 23.07.06-09:44:41 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)> Registrado en historia de: HHOSPIT**

**** CONDUCTA:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.06-09:44:37 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

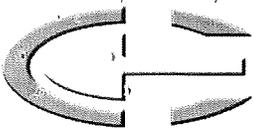
CONFIRMADO: S524 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

TIPO GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

*Alicia Maria del Pilar
Roa Serrano
Modu. Kaa General
R.M. 1075269209*

DR@. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA
SER
REG. MED: 1075269209



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15879

Orden de Servicio N°mero: 180-1 -162669 Fecha 05/07/23

Nombre Paciente: RIVERA TORRES JOSET FERNEY 1077224845 Edad: 18 Sexo: M

Hora inicio 15:00 Hora fin: 16:00 Duraci3n: 00:59 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi3logo: JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion: SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagn3sticos Pre-Operatorios:

Diagn3sticos Post-Operatorios:

1. S524-FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

1. S524-FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C3digo	Descripci3n	MÚdico	Via
13272	OSTEOSINTESIS EN CUBITO Y RADIO	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci3n: INCISION:
DORSAL EN RADIO DERECHO
MEDIAL EN CUBITO DERECHO

HALLAZGOS :
FRACTURA TRANSVERSA DE RADIO Y CUBITO DERECHOS

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO, BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION SE LAVA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO Y POR VIA DORSAL EN RADIO SE INCIDIO LA PIEL EN MAS O MENOS 10CM CON TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SE LAVANTO EL PERIOSTO Y SE EXPUSO EL FOCO DE FRACTURA AL CUAL SE RETIRARON CUAGULOS DE SANGRE Y SE LAVO CON 500ML DE SOLUCION SALINA NORMAL, ENSEGUIDA SE PRACTICO REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO CON PLACA DCP-LCP DE 3.5 6H + 6 TORNILLOS CORTICAL. (CASA COMERCIAL OSTEOSUR). SE HACE CONTROL CON ARCO EN C, SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000ML DE SOLUCION SALINA NORMAL Y SE CIERRA TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO CON VICRIL 1.0 Y PIEL CON PROLENE 2.0. LUEGO POR VIA MEDIAL EN CUBITO SE INCIDE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE MAS O MENOS 10 CM SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA AL CUAL SE RETIRARON CUAGULOS DE SANGRE Y SE LAVO CON 500ML DE SOLUCION SALINA NORMAL, ENSEGUIDA SE PRACTICO REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE CUBITO DERECHO CON PLACA DCP-LCP DE 3.5 6H + 6 TORNILLOS CORTICALES. (CASA COMERCIAL OSTEOSUR). SE HACE CONTROL CON ARCO EN C, SE LAVA EXAHUSTIVAMENTE LA HERIDA CON 1000ML DE SOLUCION SALINA NORMAL Y SE CIERRA TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO CON VICRIL 1.0 Y PIEL CON PROLENE 2.0 SE CUBRE LAS HERIDAS CON GASA + ISODINE + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO.

SANGRADO 150 ML.

NO COMPLICACIONES

ARCO EN C 8 DISPAROS.

Anatomía Patológica:

Complicaci3n:

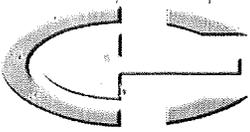
Descripci3n de la complicaci3n

Rayos X Intraoperatorios

RX DE ANTEBRAZO DERECHO.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 8 DISPAROS EN ANTEBRAZO IZQUIERDO PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA .

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15879

Orden de Servicio N:mero: 180-1 -162669

Fecha 05/07/23

Nombre Paciente: RIVERA TORRES JOSET FERNEY

1077224845 Edad: 18

Sexo: M

Complicaci4n: -

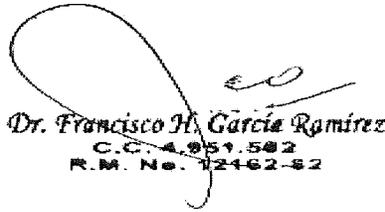
Descripci4n de la complicaci4n

Rayos X Intraoperatorios

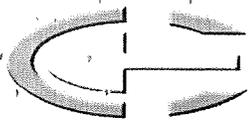
RX DE ANTEBRAZO DERECHO.

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 8 DISPAROS EN ANTEBRAZO IZQUIERDO PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.


 Dr. Francisco H. García Ramírez
 C.C. 4.951.542
 R.M. No. 12462-82

CIRUJANO



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1077224845

ADMISION N_: 162669

NOMBRE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY Num. Id.: CC 1077224845
 FECHA NACIMIENTO: 2005.01.03 EDAD: 18 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
 FECHA DE INGRESO: 2023.07.05 HORA DE INGRESO: 14:45:46 Fecha/Hora de registro: 2023.07.05 14:45
 DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3228527610
 OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: TATIANA TORRES
 DIRECCION: _____
 OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.07.05

<< REGISTRO: 14:45:46 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO FINALIDAD: 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA TIPO DIAG: NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

---<<2023.07.05-14:45:46>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREXQ: 162669

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 02 DE JULIO DEL 2023

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO EL DIA 05 DE JULIO DEL 2023

---<<2023.07.05-15:14:24>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
 V.PREANES: 162669

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR DE MARIHUANA HASTA HACE 2 MESES

OTROS: NEGATIVOS

** EXAMEN FISICO **

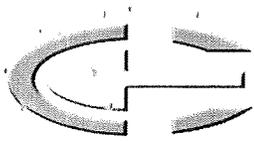
SIGNOS VITALES TA: 100/60 FC: 70 FR: 20 Tmp: 36.7 PESO: TALLA:

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

1A



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

.222

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1077224845

ADMISION N_: 162669

NOMBRE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY **Num. Id-:** CC 1077224845
FECHA NACIMIENTO: 2005.01.03 **EDAD:** 18 A **SEXO:**M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.07.05 **HORA DE INGRESO:** 14:45:46 **Fecha/Hora de registro:** 2023.07.05 14:45
DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3228527610
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** TATIANA TORRES
DIRECCION: _____
OBSERVACION _____ (Inst)

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : ANTEBRAZO DERECHO: DEFORMIDAD Y DOLOR EN TERCIO MEDIO . NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

ANALISIS/PLAN

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.05-14:45:36 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE ANTEBRAZO DERECHO: FRACTURA DE RADIO Y CUBITO

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DÉSTINO SALIDA: Remitido a Quirofano

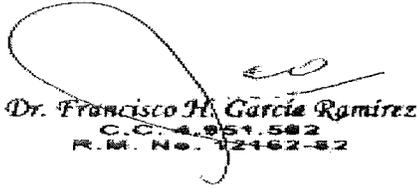
SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.07.05

HORA DE EGRESO: 14:45:36

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12162-82

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 162669 - 10000

NOMBRE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY C.C. -TI-RC-OTRO 1077224845
 EDAD: 18 A FECHA DE NACIMIENTO: 2005.01.03 SEXO: M
 DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI TELEFONO: 3228527610
 ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TATIANA TORRES TELEFONO: 3243775156

FECHA: 2023.07.05 CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN INTERNA

ANTECEDENTES:

HISTORICO

---><<2023.07.05-14:45:46>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX:
162669

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 02 DE JULIO DEL 2023

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DERECHO EL DIA 05 DE JULIO DEL 2023

---><<2023.07.05-15:14:24>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 162669

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: CONSUMIDOR DE MARIHUANA HASTA HACE 2 MESES

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 129/63 FC: 83 FR: 18 PESO: 58 TEMPERATURA: 37

CABEZA:

SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:

APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:

DMT MAYOR DE 7CM, DME MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:

CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:

SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:

FERULA DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO POR FRACTURA DE DIAFISIS DE CUBITO Y RADIO

OTROS:

SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 162669 - 10000

NOMBRE: RIVERA TORRES JOSET FERNEY C.C. -TI-RC-OTRO 1077224845
 EDAD: 18 A FECHA DE NACIMIENTO: 2005.01.03 SEXO: M
 DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI TELEFONO: 3228527610
 ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TATIANA TORRES TELEFONO: 3243775156

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: Hb: Glicemia: BUN: Creat: PT: PTT: Plaq:
 INR: Hemoclasificación: Grupo:
 P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

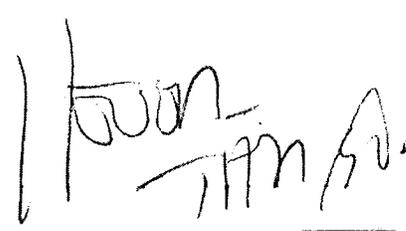
DIAGNOSTICO: S524
 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO
 PLAN:
 ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
 MONITORIA BASICA, ANESTESIA MGENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP
 OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano ESTADO SALIDA: VIVO FECHA: 2023.07.05 HORA: 13:10:18
 SERVICIO: ORTOPEDIA

FIRMA:



RM: 11771/90



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

RIVERA		TORRES		JOSE FENEY		No. HISTORIA CLINICA	
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		107224845	
FECHA		EDAD		SEXO		TALLA (Cms)	
S	17	23	18	A	M	1.72	58
Día	Mes	Año	Horas	Años	Meses	Días	
SERVICIO							ANESTESIAS PREVIAS
SALA O CUARTO				No. DE CAMA			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	ER.	FC.	TA.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRI.	PRO.TOT.	ALBUM	TyA	TCOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.
DIAGNOSTICO: <i>Falla de ducto de walden / auto. r</i>																
OPERACION PROPUESTA: <i>Reduccion abierta / auto. r</i>																
ENFERMEDAD ACTUAL: ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS																
ESPECIFICO																
FACILIDAD		INT	SI	NO	VIA AEREA	DIENTES		CUELLO								
TALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO																
TIPO		RESUMEN		ESTADO PSICOLOGICO												
BLOQUEO		NO		Muy tranquilo												
PERIDURAL		NO														
ESPINAL		NO														
GENERAL		NO														
NECESITA SANGRE		NO		PREMEDICACION		NO										
FIRMA		[Signature]														

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION	RECUPERACION	NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS
1										RECUPERACION 0.5h
2										CONCIENCIA 0.1h
3										DIURESIS 0h
4										SENSIBILIDAD 0h
5										PIEL roja, hieda.
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
COMENTARIOS										
Ingreso usuario a sala de recuperacion bgo. cinesis-gemas en camilla										
HORA SALIDA Y MOTIVO										FIRMA
Mejor										[Signature]

C - REGISTRO DE ANESTESIA

O.P. B R M

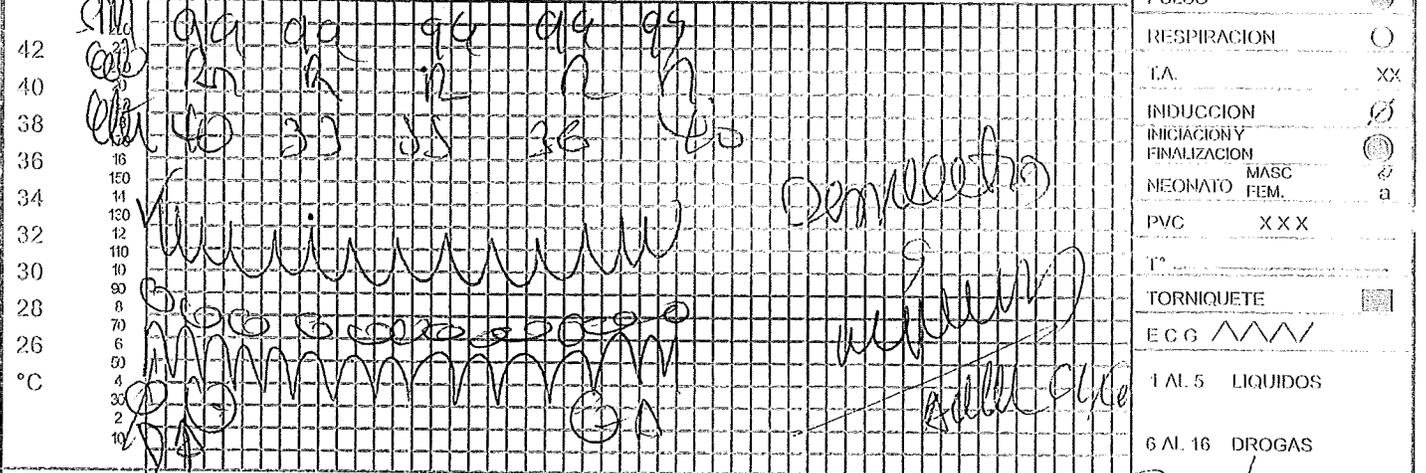
DIAG PREOPERATORIO *Fuella de codo / codo D*

DIAG POSTOPERATORIO *Wound care + sterility test, wrist D*

ANESTESIOLOGOS *Benito* CIRUJANOS *Jose de Pereda*

TIEMPO DE AYUNO LIQUIDO LOCAL BLOQUEO GENERAL CAUDAL OTRA

POSICION *Alata* REPARACION I O T No. I N T No. E O T No. E N T No.



MORA AGENTES *5 part, 7 tub, 8 Relen, 9 Prop, 10 Dp, 11 F*

HEMORRAGIAS DIURESIS

TOTALS	1	2	3	4
	5	6 <i>200mg</i>	7 <i>28</i>	8 <i>5g</i>
	9 <i>150g</i>	10 <i>3</i>	11 <i>60mg</i>	12
	13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO *Wound* ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO *Wound*

OBSERVACIONES: *monitoreo Seee, proxi... muler en - us # 3, aumbe... celer... m... s... p... u... NO ante...*

Y CODIGO


OSTEOSUR COLOMBIA S.A.S

NIT : 901,005,917 - 1

CL 8 N 21 16

NEIVA - COLOMBIA

8600000

contabilidad@osteosur.com.co

 Responsables de iva - No somos autorretenedores
 Actividad Económica 4773 Tarifa 0,00

FACTURA ELECTRÓNICA
FE 5026

Fecha y Hora de Factura

Generación 2023-07-13 14:02:37

Expedición 2023-07-13 14:03:12

Vencimiento 2023-07-13

Cliete CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT 800,110,181 - 9 /ld. Extranjero :

Dirección CL 18 6 65

Ciudad NEIVA-HUILA - COLOMBIA

Correo radica.ortopedia@hotmail.com

Order Reference Prefijo
Teléfono 8736349

Vendedor VENDEDOR PRINCIPAL

Centro Costo 1

Remisión 4.060

Numero

Referencia	Descripción	Unid:	IVA	Cantidad	INVIMA	Valor Unitario	Valor Total
1406.06	PL COMPRESIÓN BLOQ PEQUEÑA (LCP) 3.5MM 6 ORIF	UN	0,00	2.00	INVIMA2021DM-0024223	624,000.00	1,248,000.00
AFANA001	PL REC F.V : 2028-03-30			2.00			
1524.16	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 16MM	UN	0,00	1.00	INVIMA2021DM-0024223	65,000.00	65,000.00
ACAXC001	TOR ORT F.V : 2030-12-30			1.00			
1524.18	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 18MM	UN	0,00	6.00	INVIMA2021DM-0024223	65,000.00	390,000.00
ACAXC001	TOR ORT F.V : 2027-05-03			6.00			
1524.20	TORNILLO DE CORTICAL DE 3.5MM (AUTORROSCANTE) 20MM	UN	0,00	5.00	INVIMA2021DM-0024223	65,000.00	325,000.00
ACAXC001	TOR ORT F.V : 2027-12-30			5.00			

Total Bruto	2,028,000.00
Total a Pagar	\$ 2.028.000,00

CONDICION DE PAGO

Credito	Credito Clientes	Efectivo	2.028.000,00	Cuota 1	Vence el 2023-07-13
	Nacionales				

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Veintiocho Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

 PACIENTE: JOSET RIVERA TORRES
 HCL: 1.077.224.845

Firma Elaborado por : LEIDY YAZMIN PO

Firma Recibido

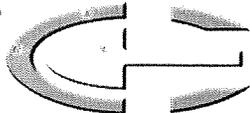
AUTORRETENEDORES DE INDUSTRIA Y COMERCIO NEIVA ART. 637 ACUERDO 028 DE 2018. FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETEICA - NEIVA.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764042495344 aprobado en 2023-01-05 vigente 12 Meses, prefijo FE desde el número 4001 al 8000

CUFE :66acd5f038a59f2cd36cad3b99846da661ed0dba8c1c232380c0a8054e76903803b1ec8b49748f943c1bb63491c51ae

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,12-Ago-2023

16:49:4

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	AMBULATORIA
860028415	LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 05	CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.07.0 13:00
001	0 SOAT	OTRO REGIMEN	18 Años	Fecha Egreso :	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO	
1077224845	RIVERA TORRES JOSET FERNEY	1 NIVEL I	NEIVA	ASENT. VILLA OSORI	3228527610

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.07.05	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	ZGS	1.00
2023.07.05	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	ZGS	1.00
2023.07.05	ZMD	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	ZGS	60.00
2023.07.05	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	ZGS	10.00
2023.07.05	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	ZGS	1.00
2023.07.05	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	ZGS	60.00
2023.07.05	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	ZGS	1.00
2023.07.05	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	ZGS	1.00
2023.07.05	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ZGS	6.00
2023.07.05	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	ZGS	3.00
2023.07.05	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	ZGS	1.00
2023.07.05	ZMQ	NOVOSYN 1	VICRIL SUTURA # 1/0	ZGS	1.00
2023.07.05	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ZGS	200.00
2023.07.05	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ZGS	200.00
2023.07.05	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	ZGS	2.00
2023.07.05	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	ZGS	2.00
2023.07.05	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	ZGS	1.00
2023.07.05	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	ZGS	2.00
2023.07.05	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	ZGS	2.00
2023.07.05	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	ZGS	4.00
2023.07.05	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ZGS	4.00
2023.07.05	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	ZGS	1.00
2023.07.05	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	ZGS	2.00
2023.07.05	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	ZGS	2.00
2023.07.05	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	ZGS	2.00
2023.07.05	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	ZGS	2.00
2023.07.05	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	ZGS	2.00

PACIENTE: 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY

EDAD: 18

DIRECCION: ASENT. VILLA OSORI

TELEFONO: 3228527610

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: CIRUGIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-57514

FECHA SINIESTRO: 2023.07.02

N° POLIZA: 8088943600

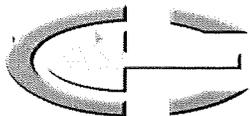
HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : miércoles, 5 de julio de 2023						
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
12:00:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	MLD	
12:00:00	VENÓCAT CATETER # 18	1.00		DIA	MLD	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	5.00		DIA	MLD	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MLD	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	MLD	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	LMS	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	LMS	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 32.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 6 de julio de 2023						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	LMS	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	LMS	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	LMS	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	CRS1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.18

HORA: 16:10:05

PAGINA No: 1

Numero: 80622 Fecha Ex. 05/07/23 Hora 16:09

Nombre Paciente: 1077224845 RIVERA TORRES JOSET FERNEY

Dirección: ASENT. VILLA OSORI

Telefono: 3228527610 Edad: 18 A Sexo: M

Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo derecho observándose fractura del tercio proximal de la diáfisis de cubito y de radio, satisfactoriamente corregidas y fijadas con elementos de osteosíntesis metálicas (placas y tornillos).

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes al foco de fracturas.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

REPUBLICA DE COLOMBIA

Apellido: RIVERA TORRES NUIP: 1.077.224.845

Nombre: JOSET FERNEY

Nacionalidad: COL Estatura: 1.72 Sexo: M

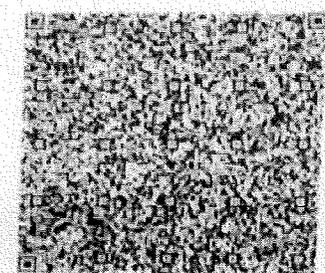
Fecha de nacimiento: 03 ENE 2005 A+: A+

Lugar de nacimiento: NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición: 28 ENE 2023, NEIVA

Fecha de expiración: 28 ENE 2033

Josef =>



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013711805019001<<<<<<<<<<
0501035M3301269COL1077224845<5
RIVERA<TORRES<<JOSET<FERNEY<<<



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075216175
NOMBRES	JEFRY DANIEL
APELLIDOS	BELTRAN CACERES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PITALITO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/02/2023 19:48:56 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDU, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDU, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

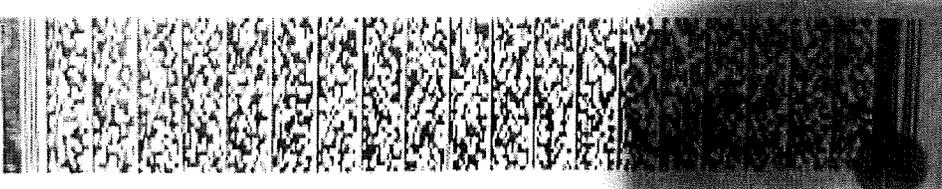
Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027430446

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KGM34G	HERO	IGNITOR SS	2023
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
124	NEGRO	PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD litros
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DEL MOTOR	REG	VIN	
JA06EXN9B00142	N	9G5JAS023PVNF0227	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
*****	N	9G5JAS023PVNF0227	N
PROPIETARIO (APELLIDOS Y NOMBRES)			IDENTIFICACION
BELTRAN CACERES JEFRY DANIEL			C.C. 1075216175

PLATEADO	SERIE DE	POTENCIA HP
	*****	11
NÚMERO DE IDENTIFICACION	DE	FECHA IMPORTE
10027430446	I	23/06/2022
FECHA DE PROPIEDAD		PUEBLAS
		0
FECHA MATRICULA	FECHA EXP. LIC. TIT.	FECHA VENCIMIENTO
11/10/2022	11/10/2022	*****
ORGANISMO DE TRANSITO		
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA		



10027430446



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	KGM34G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027430446	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	HERO	LÍNEA:	IGNITOR SS
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	JA06EXN9B00142
NÚMERO DE CHASIS:	9G5JAS023PVNF0227	NÚMERO DE VIN:	9G5JAS023PVNF0227
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	11/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

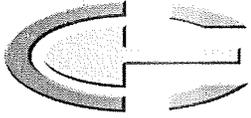
Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8088943600	07/10/2022	08/10/2022	07/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50921 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es RIVERA TORRES JOSET FERNEY

HISTORIA No. 1077224845

GLOSA No: ZGL-1-41242

SINIESTRO: 50921

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:

102

CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04 EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:

102

CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

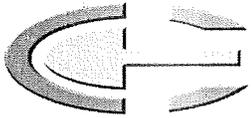
NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del

Recibido!

17 de Noviembre del 2023

20212537





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50921 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es RIVERA TORRES JOSET FERNEY

HISTORIA No. 1077224845

GLOSA No: ZGL-1-41242

SINIESTRO: 50921

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:

102

CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 55100.00

JUSTIFICACION:

102

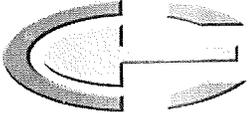
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 55100.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA LA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR AL GRUPO 04, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO CON EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

>> ITEM GLOSADO 3: SOL-21602- PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 1324400.00

JUSTIFICACION:

108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 1324400.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, EL CODIGO 21602 HACE REFERENCIA AL VALOR DE CADA ESTUDIO REALIZADO ES DECIR EL VALOR DEL DISPARO. POR TANTO, SE DEBE PAGAR POR CADA DISPARO REALIZADO Y NO LA UTILIZACION DEL EQUIPO PARA TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 23 NUMERAL 6 DEL DECRETO 2423/96. DE LO CONTRARIO CITAR EN QUE ARTICULO DEL DECRETO NOS INDICA QUE SE DEBE CANCELAR POR ACTO QUIRURGICO Y NO POR DISPARO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	7,025,572.00
VALOR GLOSADO :	1434600.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1434600.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

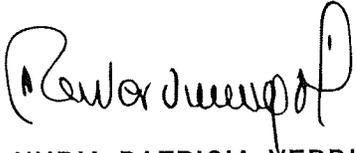
	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT						No. Egreso
	RECIBIDO 08 NOV 2023						

No.	20196355	No.	171562	Siniestro	90711220	No. Factura	FEC150921	
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	02/07/2023	Fecha aviso	27/07/2023	Fecha recepción	10/10/2023
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	808894360	Vigencia	08/10/2022	hast 07/10/2023
Id tomador	1075216175	Nombre tomador						
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Id accidentado	1077224845	Nombre	JOSET FERNEY RIVERA TORRES					
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Diagnósticos	S602						Ciuda	NEIVA

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	13272	OSTEOSINTESIS EN CUBITO Y RADIO		100%	584,400	0	584,400
1	39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO GRUPO 10		100%	335,500	0	335,500
1	39121	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA QUIRURGICA GRUPO 10		100%	159,000	0	159,000
1	39212	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 10		100%	1,044,600	0	1,044,600
1	39304	MATERIALES DE SUTURA, CURACION, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	584,900	0	584,900
1	38122	HABITACION BIPERSONAL		100%	312,600	0	312,600
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	62,800	0	62,800
8	21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIRÓFANOS) AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	NO SE RECONOCE SIETE 21602 COBRO NO PERTINENTE SEGÚN USO EN SALAS./	100%, 100%	1,513,600	1,324,400	189,200
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE SIETE 21602 COBRO NO PERTINENTE SEGÚN USO EN SALAS.	100%	55,100	55,100	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39139 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	55,100	55,100	0
1	777100	MAOS			2,028,000	0	2,028,000
1	77702	INSUMOS			108,200	0	108,200
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	181,772	0	181,772

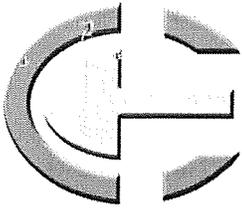
1001	Cobrado	7,025,572
1002	Obj. Parcial	1,434,600
1003	Liquidado	5,590,972

Liquidación: ELBA.ARGEL	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
----------------------------	----------	-------------	---



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.22	09:29:43	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50930

ENTIDAD RESPONSABLE	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
(AT1501) NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 161193
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
		2023.06.11 - 00:00 2023.06.11 - 09:06

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

EDAD : 13 Años

DIRECCION: VEREDA PINARES ALGECIRAS

TELEFONO: 3142159032

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

ESTANCIAS

38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

	GASA ESTERIL PAQUETICOS								9	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.11	873206	OAR					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.11	873121	OAR					1	81,400	81,400

LABORATORIOS

19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.06.11	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.06.11	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.06.11	903841						1	18,600	18,600
19749	NITROGENO UREICO	2023.06.11	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.06.11	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.06.11	902049						1	43,700	43,700

OTROS

39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.06.11	890302	HJC					1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.06.11	890701	OAR					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.06.11	S22101	BRC					1	26,400	26,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1876 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dia: 18

Modalidad ELECTRONICA I

Cufe: b4545e8d9d58c23ba3af3f00b08d5ab011b4e3c5ea5f9.

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta I



Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

una vigencia de: 12 Meses

1000 10 de Octubre del 2023

E8462938ff016

JJILL 20190305451 - 0

CA COLOMBIA S. A. S Nit. 000.300.126 6

28

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:01:06 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150930

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
b4545e8d9d58c23ba3af3f00b08d5ab011b4e3c5ea5f94ed1661
99b7551792571e055a1223fe15eb961f8462938ff016

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
747400

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-21 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
609b2d33bf38e9635d76f9179dba67a6359edd8845b5a907504
7aa28e50680faeb50458461d9bbe3e756612c00e21502

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 09:32:27.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150930

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
b4545e8d9d58c23ba3af3f00b08d5ab011b4e3c5ea5f94ed1661
99b7551792571e055a1223fe15eb961f8462938ff016

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
b2b5b2d5d19a568105918cb47cf56f534e450a52a8b4c002fcba
0be781c114e57dee0d3f273028fad5e674f863929a49

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 02:34:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
a899d0838ff663fe460017fe812dc7154a8856dc3afb5ec40ef7fd
cd3ef954a95a17d42ce667044aca85140400446c27

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-29 09:36:21.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150930

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
b4545e8d9d58c23ba3af3f00b08d5ab011b4e3c5ea5f94ed1661
99b7551792571e055a1223fe15eb961f8462938ff016

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
11af22ae0769e6e2189e1bf22d06b0097e87254e5b4b3a884e2
0fbc8681fff20c5a6fef1ac9d8abda9edb7c4bfe51209

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-29 11:44:11.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

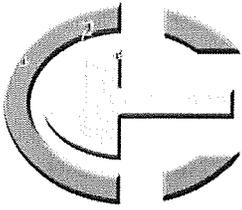
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.22	09:29:43	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50930

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 161193
CONTRATO/PLAN	001 01 SOAT	REGIMEN OTRO REGIMEN	AUTORIZACION
			FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
			2023.06.11 - 00:00 2023.06.11 - 09:06

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

EDAD : 13 Años

DIRECCION: VEREDA PINARES

ALGECIRAS

TELEFONO: 3142159032

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

ESTANCIAS

38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

	GASA ESTERIL PAQUETICOS								9	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.11	873206	OAR					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.11	873121	OAR					1	81,400	81,400

LABORATORIOS

19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.06.11	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.06.11	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.06.11	903841						1	18,600	18,600
19749	NITROGENO UREICO	2023.06.11	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.06.11	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.06.11	902049						1	43,700	43,700

OTROS

39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.06.11	890302	HJC					1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.06.11	890701	OAR					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.06.11	S22101	BRC					1	26,400	26,400

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

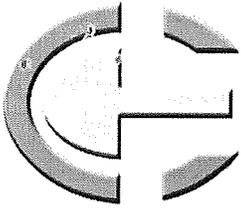
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: b4545e8d9d58c23ba3af3f00b08d5ab011b4e3c5ea5f94ed166199b7551792571e055a1223fe15eb961f8462938ff016

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

28



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.22	09:29:43	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50930

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

VALOR BRUTO:	747,400	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	747,400
--------------	---------	-------------------	---	------------------	---------

SON: SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.....

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.22 09:32:27 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorización de facturación de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: b4545e8d9d58c23ba3af3f00b08d5ab011b4e3c5ea5f94ed166199b7551792571e055a1223fe15eb961f8462938ff016

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

FACTURA:	50930	
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9		
ABONO	\$	-
GLOSA ACEPTADA	\$	-
SALDO	\$	747,400
 DIEGO A. RODRIGUEZ		
CARTERA		





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No.Radicado
 Fecha Radicaci3n: RG
 No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG} Nro. Factura \Cuenta de Cobro **FEC1- 50930**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
 Codigo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

BARRAGAN **BOLIVAR**
 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
LUNA **SOFIA**
 1er.Nombre 2do.Nombre
 Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS MS No. Documento: **1076985134**
 De: **41020** Fecha de Nacimiento: **2010/01/30** Sexo: F M
 Direcci3n: **VEREDA PINARES**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3142159032**
 Municipio: **ALGECIRAS** Cod. **020**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Hurac3n
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosi3n Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Direcci3n de la Ocurrencia: **CALLE 7 CON CARRERA 6TA LAS MERCEDES**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/06/10** Hora: **17:20**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **ALGECIRAS** Cod. **020** Zona: U R
 Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWA98G ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

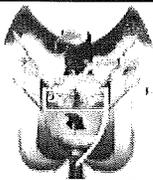
IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. P3liza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **VICTORY** Placa: **EWA98G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplom3tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervenci3n de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8083137700** Cobro excedente P3liza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2022/07/10** Hasta: **2023/07/9**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GONZALEZ **JIMENEZ**
 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
MARTHA **YERLENI**
 1er.Nombre 2do.Nombre
 Documento de identidad: CC CE PA NIT TI RC No. Documento **1014218231**
 Direccion: **VEREDA PINARES**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **RIVERA** Cod. **615** Telefono: **3202690337** Total Folios: **0**

30



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

BARRAGAN

BOLIVAR

1er.Apellido

2do.Apellido

LUNA

SOFIA

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC	CE	PA	TI	RC	AS
----	----	----	----	----	----

No. Documento 1076985134

Dirección: VEREDA PINARES

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 3142159032

Municipio: ALGECIRAS

Cod. 020

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisión	<input checked="" type="checkbox"/>	Orden servicio	<input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión:	2023/06/10	a las	19:10	
Prestador que remite:	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE ALGECIRAS			Código de inscripción: 410200019401
Dirección:	CALLE 4 No 1 40	Teléfono:	8382895	HUILA-ALGECIRAS
Profesional que Remite:	JHERSON ANDRES QUINTERO RA			Cargo: MEDICO GENERAL
Fecha de Aceptación:	2023/06/10	a las	19:25	
Prestador que recibe:	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA			Código de inscripción: 410010046601
Dirección:	CALLE 18 N 6-65	Teléfono:	8756349	HUILA-NEIVA
Profesional que recibe:	OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES			Cargo: MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporto la víctima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona:

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso:	2023/06/11	a las	00:00	Fecha de Egreso:	2023/06/11	a las	09:06
Diagnostico presuntivo de Ingreso				Diagnostico presuntivo de Egreso			
Diagnostico definitivo de Ingreso	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA			Diagnostico definitivo de Egreso	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA		
Diagnostico relacionado de Ingreso	S800 CONTUSION DE LA RODILLA			Diagnostico relacionado de Egreso	S800 CONTUSION DE LA RODILLA		
OSCAR				ALEXIS			
1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante				2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante			
RODRIGUEZ				MENESES			
1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante				2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante			
Tipo Documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento	1031151920				
		Número de Registro de MÚdico	1031151920				

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	747400	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.06.11 HORA DE INGRESO: 00:00
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.06.11 HORA DE EGRESO: 09:06
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.06.11-00:23:49 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWA98G ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 00+05
INGRESA PACIENTE REMITIDA DE ALGECIRAS, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMO EN HOMBRO IZQUIERDO Y RODILLA DERECHA POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
NIEGA

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 162 PESO: 60 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

NORMOCONFIGURADA, MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES APARENTES

<<CUELLO>>

SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA

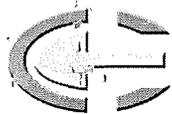
<<TORAX>>

NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS

25/11



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

<<GENITOURINARIO>>

NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS

<<PELVIS>>

SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS. EXTREMIDADES: REGION CLAVICULAR IZQUIERDA CON DEFORMIDAD, EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, RODILLA DERECHA CON ABRASIONES, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, RESTO NORMAL

<<NEUROLOGICO>>

PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++)

<<PIEL>>

SIN LESIONES ADICIONALES

<<FANERAS>>

NORMALES

**** EVOLUCION:**

PACIENTE DE 13 AÑOS AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO Y RODILLA DERECHA, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

**** PLAN DE MANEJO:**

- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- CURACION DE HERIDAS
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

28
28/10



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

COLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.06.11-01:02:27 MEDICO: / (AUXIL. BRC - BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG - C.C. 1075314223 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 00:24 / 00:30 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ANTEBRAZO Y HOMBRO IZQUIERDO + RODILLA DERECHA E IZQUIERDA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 23.06.11-02:20:13 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FX DESPLAZADA DE CLAVICULA TERCIO MEDIO
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FX, NO FISURAS, NO LUXACIONES

**** FECHA: 23.06.11-04:58:51 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

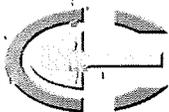
HEMOGRAMA: LEUC:15240, NEUT:94, LINF:5.7, HGB: 13.5, HTO:38.6, PLAQ:321.000
GLUCOSA:117
BUN:14
CREATININA:0.7
PTT:31.9, INR:1.09, PTT:31.9

LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES.

**** FECHA: 23.06.11-08:46:22 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

Handwritten signature/initials



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** EVOLUCION:**

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO POLITRAUMATISMO.
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR EDEMA EN REGION DE CLAVICULA IZQUIERDA.
NEUROVASCULAR NORMAL
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FX DESPLAZADA DE CLAVICULA TERCIO MEDIO
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FX, NO FISURAS, NO LUXACIONES

DX: FRACTURA DIAFISIARIA DE CLAVICULA IZQUIERDA.

PLAN: PROGRAMAR PARA CIRUGIA EN CUANTO MEJORE EL EDEMA DE LA EXTREMIDAD. MANEJO ANTIEDEMA CON ELEVACION DE EXTREMIDAD, CABESTRILLO.
ANALGESICO, INCAPACIDAD

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES Qx:**

PROGRAMACION DE CIRUGIA
PROGRAMAR: PRIORITARIO OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: SET DE PLACAS BLOQUEADAS DE CLAVICULA IZQUIERDA
FECHA 13/06/23
DURACION 1 HORA

**** FECHA: 23.06.11-08:50:15 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN POR ESTADO CLINICO ACTUAL E IMAGENES DIAGNOSTICAS, DECIDE PROGRAMAR PARA CIRUGIA EN CUANTO MEJORE EL EDEMA, POR EL MOMENTO SE LE DA EGRESO, POR LO QUE SE DAN ORDENES DE SALIDA.

**** PLAN DE MANEJO:**

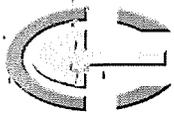
**** MEDICAMENTOS:**

ASISTIR A CLINICA DE FRACTURAS DEL DIA 13/06/23 A LAS 10:30 AM PARA SU CIRUGIA PROGRAMADA, DEBE ASISTIR EN AYUNO

**** OTROS:**

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Handwritten signature and date: 23/06/23



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA**

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
 FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
 EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL IBUPROFENO Y COMPRA NAPROXENO TABLETA 250 MG TOMAR UNA CADA 8 HORAS *SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR TRES VECES POR DIA POR UNA SEMANA*
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINAR EL TIEMPO INDICADO POR SU MEDICO.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

***TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.06.11-09:06:35 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.11-09:06:04 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.06.11 FIN: 2023.07.10

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

TIPO

GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

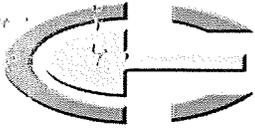

 Dr. Oscar Rodríguez Meneses
 Médico Cirujano General
 T.R. 1031151920
 FUJBO

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ

MENESES

REG. MED: 1031151920

22
15



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 161193

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -161193

Fecha 2023/06/11

Nombre Paciente: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

- 1076985134 **Edad:** 13

Sexo: F

Quien Realiza: BRC- BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnósticos Definitivos:

1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	BRC	-

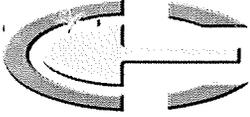
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ANTEBRAZO Y HOMBRO IZQUIERDO + RODILLA DERECHA E IZQUIERDA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

 QUIEN REALIZA

 FIRMA DE PACIENTE

21
 20/29



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,11-Jun-2023

09:46:2

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	URGENCIAS
860028415	BARRAGAN BOLIVAR LUNA	EVENTO		MOTIVO 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.06.1 00:00
001	0 SOAT	OTRO REGIMEN	EDAD	Fecha Egreso :	
			13 Años		
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1076985134	BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA	1 NIVEL I	ALGECIRAS	VEREDA PINARES	3142159032

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.06.11	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	BRC	1.00
2023.06.11	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	BRC	10.00
2023.06.11	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	BRC	10.00
2023.06.11	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	BRC	9.00
2023.06.11	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	BRC	1.00

20
19/18

PACIENTE: 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

EDAD: 13

DIRECCION: VEREDA PINARES

TELEFONO: 3142159032

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-57145

FECHA SINIESTRO: 2023.06.10

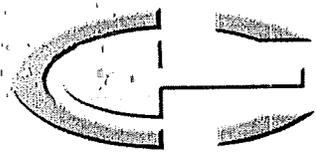
Nº POLIZA: 8083137700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 11 de junio de 2023						
00:24:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CRS1	
00:24:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CRS1	
00:24:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	CRS1	
00:24:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		NOCHE	CRS1	
00:24:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	CRS1	
00:24:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CRS1	
08:24:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
08:24:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
08:24:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	LMS	
08:24:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

19/7



NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

No. Identif. 1076985134

Edad. 13

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2023.06.11

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB

Cant.: 20.00 TOMAR UNA CADA 8 HORAS

* ACETAMINOFEN 500 MG

Cant.: 20.00 TOMAR UNA CADA 8 HORAS

MEDICO

FARMACIA

PACIENTE

• Monsela Bolivar

• 1076 983 030

• Madre



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140-1 -187825

FECHA EMISION: 2023.06.1

HORA: 08:56:26

PAGINA No: 1

USUARIO: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 CAMA: -

FECHA DE PEDIDO: 2023/06/

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

ORIGEN:

MEDICO: Dr. ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
TOTAL CANTIDAD:			40.00

Recibido Paciente

Sofia Bolivar

1076 983 030

Madre.

17/06/23



IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva



Paciente

BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

1076985134

Femenino

56 Años

Informe preliminar
Laboratorio María Gicela Ramirez

Página 1 De 2
2023-06-11 02:43



Orden No. 202306110005

URGENCIA

CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

Hemograma IV

Recuento de Leucocitos	15.24	x 10 ³ /ul	11/06/2023 02:53
Recuento de Globulos Rojos	4.75	x 10 ⁶ /ul	3.50 - 5.50 11/06/2023 02:53
Hemoglobina	13.5	g/dl	11.0 - 15.0 11/06/2023 02:53
Hematocrito	38.6	%	36.0 - 48.0 11/06/2023 02:53
Volumen Corpuscular Medio	81.4	fL	80.0 - 99.0 11/06/2023 02:53
Hemoglobina Corpuscular Media	28.5	pg	26.0 - 32.0 11/06/2023 02:53
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.0	g/dl	32.0 - 36.0 11/06/2023 02:53
Recuento de Plaquetas	321	x 10 ³ /ul	150 - 450 11/06/2023 02:53
Neutrofilos %	94.0	% *	50.0 - 70.0 11/06/2023 02:53
Linfocitos %	5.7	% *	20.0 - 40.0 11/06/2023 02:53
Monocitos %	0.3	% *	1.0 - 8.0 11/06/2023 02:53
Eosinofilos %	0.00	% *	3.00 - 7.00 11/06/2023 02:53
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00 11/06/2023 02:53
Neutrofilos #	14.33	x 10 ³ /ul *	2.00 - 7.80 11/06/2023 02:53
Linfocitos #	0.87	x 10 ³ /ul	0.60 - 4.10 11/06/2023 02:53
Monocitos #	0.04	x 10 ³ /ul *	0.10 - 1.80 11/06/2023 02:53
Eosinofilos #	0.00	x 10 ³ /ul *	0.30 - 0.70 11/06/2023 02:53
Basofilos #	0.00	x 10 ³ /ul	0.00 - 0.10 11/06/2023 02:53
Volumen Plaquetario Medio	9.3	fL	7.4 - 10.4 11/06/2023 02:53
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	39.7	fL	39.0 - 46.0 11/06/2023 02:53
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.7	%	11.5 - 14.5 11/06/2023 02:53
PDW	15.7		11/06/2023 02:53
PCT	0.300	%	11/06/2023 02:53

Validado por: Kelly Ruiz
BACTERIOLOGA

BIOQUIMICA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	117.0	mg/dl *	74.0 - 106.0 11/06/2023 03:05
METODO: QUIMICA SECA.			
NITROGENO UREICO	14.00	mg/dl	7.00 - 17.00 11/06/2023 03:05



Calle 18 # 6 - 39 Quirinal, Neiva - Huila



(8) 864 3405

15 9 44



IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Informe preliminar
Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Página 2 De 2
2023-06-11 02:43



Paciente



Orden No. 202306110005

BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

1076985134

Femenino

56 Años

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
BIOQUIMICA				
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7	mg/dl	0.5 - 1.0	11/06/2023 03:05
 Validado por: Kelly Ruiz BACTERIOLOGA				
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	12.60	seg	11.30 - 18.30	11/06/2023 03:02
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	31.90	seg	22.00 - 38.00	11/06/2023 02:55
INR	1.09			11/06/2023 03:02


 Validado por: Kelly Ruiz
 BACTERIOLOGA



Calle 18 # 6 - 39 Quirinal, Neiva - Huila



(8) 864 3405

15 \$



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

MARIA GICELA
NIT 900.422.862-8
CLL 18 # 6-39
Tel: (608) 8643405
Nelva - Colombia
mafec47@yahoo.com



Factura electrónica de venta
No. FE 8538

Señores	CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA		
NIT	800.110.181-9	Teléfono	(608) 0000000 - Ext. 000
Dirección	CALLE 18 6 65	Ciudad	Nelva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/06/2023, 11:24
Expedición	22/06/2023, 11:24
Vencimiento	22/07/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	1,00	17,166,870.00

Total Items: 1

Valor en Letras:

Diecisiete millones ciento sesenta y seis mil ochocientos setenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-07-22 por \$ 17,166,870.00

Total Bruto	17,166,870.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	17,166,870.00

Observaciones:

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS
DURANTE EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 18764042150229 aprobado en 20221229 prefijo FE desde el número 8001 al 9500 Vigencia: 12 Meses
No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0,8%
CUFE: b2f2806319134b1277c21372f924b17ab90297ffdc7e1d249258da002faed49a49e9f43c2e5a2301638b9a4960382bd

Fabricante Software y Proveedor tecnologías: Sigo SAS - NIT: 630.048.465-8, Nombre Software: Sigo Nube, Firma electrónica ver en el PDF

14 13

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Precio
6010001	55131081	39 Años	VITOBIS ALVIRA LEINA CARINA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902210		Hemograma IV	32.100
6010043	1012447335	25 Años	ARAUJO GARCIA YURI BIBIANA	
	902210		Hemograma IV	32.100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6010051	1084924192	12 Años	GUTIERREZ PINACUE JORGE	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210		Hemograma IV	32.100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
6020002	12128643	57 Años	ROJAS GUIO ANIBAL	
	902210		Hemograma IV	32.100
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6020046	1075286959	28 Años	RAMIREZ CAÑON DANIA LIZETH	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210		Hemograma IV	32.100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6020053	38287363	48 Años	RUBIANO VANEGAS ZULMA BEATRIZ	
	902210		Hemograma IV	32.100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6020059	1083841400	3 Años	NAÑEZ ORTIZ SOFIA JADELLY	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902210		Hemograma IV	32.100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600

12 X
7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
6020060	1079184096	27 Años	ORTIZ BONILLA MAUDY JADELLY	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902210			Hemograma IV	32.100
903856			NITROGENO UREICO	15.500
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
6020061	1004305172	22 Años	CIEVENTES ARTUNDUAGA JUAN CAMILO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902210			Hemograma IV	32.100
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903805			AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25.100
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
903867			TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTA	33.600
903866			TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMIN	33.600
1002			BILIRRUBINA DIRECTA	13.500
1001			BILIRRUBINA TOTAL	17.400
903856			NITROGENO UREICO	15.500
6030001	1003810783	23 Años	DIAZ AYA JEFFREY	
903856			NITROGENO UREICO	15.500
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6030003	1075320097	23 Años	ALARCON CARVAJAL DIEGO FERNANDO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
908608			TROPONINA CUANTITATIVA	99.000
903856			NITROGENO UREICO	15.500
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
6030010	1080298388	24 Años	CUMBE ANDRADE YEISON CAMILO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903856			NITROGENO UREICO	15.500
902210			Hemograma IV	32.100
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6030035	5226518	25 Años	ROJAS LOPEZ YHOSMAR EDUARDO	
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600

12 y 10
p

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6110001	4895607	70 Años	GONZALEZ SANCHEZ CARMELO		
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903856			NITROGENO UREICO	15.500
	902210			Hemograma IV	32.100
	903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
6110002	9975266	44 Años	GENES RONCANCIO MAXIMILIANO		
	903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903856			NITROGENO UREICO	15.500
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210			Hemograma IV	32.100
6110003	1081183933	25 Años	RODRIGUEZ USECHE JUAN DAVID		
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903856			NITROGENO UREICO	15.500
	902210			Hemograma IV	32.100
6110004	1075250336	31 Años	DIAZ BETANCOURT RAMIRO		
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903856			NITROGENO UREICO	15.500
	902210			Hemograma IV	32.100
6110005	1076985134	56 Años	BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA		
	903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903856			NITROGENO UREICO	15.500
	902210			Hemograma IV	32.100
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
6110006	1079183187	27 Años	BERNAL SANCHEZ BANZER TOMAS		
	902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	799			PARCIAL DE ORINA	20.500
	903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902210			Hemograma IV	32.100

11 9
2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6150004	4949864	57 Años	TOVAR TOVAR ARGENIO	
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
903856			NITROGENO UREICO	15.500
6150052	1080189928	22 Años	PASTRANA LOSADA DAYAN FERNANDO	
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902210			Hemograma IV	32.100
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
6150053	7725527	40 Años	PUNTES GODDY GERMAN AUGUSTO	
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
SUBTOTAL				\$ 19.074.300
MENOS 10%				\$ 1.907.430
TOTAL				\$ 17.166.870

Tonga una sucursal del Banco en su escritorio

Gloria pascuas polania
 Fecha/Hora Último Ingreso: 2023/08/10 15:26

Consultas
 > Consulta y Anulación de Pagos a Terceros y Débitos Automáticos

Consulta y Anulación de Pagos a Terceros y Débitos Automáticos

Resumen Registros Cargados

Parámetros de consulta

Tipo Producto	Nombre Producto	No. Producto
Todos los productos seleccionados		

Tipo Archivo	Fecha
Pagos a Terceros	Hoy

Descripción de Estados

Selecciona	Beneficiario/Cliente a Debitar	No. Producto Origen/Recaudador	Fecha Pago/Débito	Valor Transacción	Estado
	ARPA MEDICAL SA	380070417	2023/08/11	\$2,109,920.00	DEB
	RACHID GORRON MALOOF	380070417	2023/08/11	\$3,166,397.00	DEB
	WILSON BARON	380070417	2023/08/11	\$5,144,108.00	DEB
	TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD SAS	380070417	2023/08/11	\$7,421,245.00	DEB
	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA GISELA RAM	380070417	2023/08/11	\$35,939,077.00	DEB

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA GISELA RAM	No. Producto Destino	076300032182
No. Identificación	9004228628	Entidad Financiera	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Corriente	No. Comprobante	11082023
No. Producto Origen/Recaudador	380070417	Forma de pago	Abono a cuenta entidad ACH
Fecha Pago/Débito	2023/08/11	Aviso al beneficiario	N
Fecha Transacción	2023/08/11	Estado de Aviso	-
Valor Transacción	\$35,939,077.00	Fecha de Aviso	-
Comisión	\$0.00	Medio Utilizado	-
IVA	\$0.00	No. Transacción	380A321232230003
Estado	DEB	Información Adicional	-
Descripción de Estado	Debitado	Fecha Cobro	-
Causal de Rechazo	-	No. Factura	8638-8743
No. Control	2322300SQ	Oficina Pago	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	Usuario Creador	Gloria pascuas polania



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
 NIT: 900.422.862-8
 Calle 18 No. 6 - 39
 Tel. (8) 864 3405 Neiva

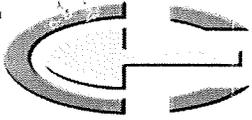
CERTIFICACION

Los suscritos **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE** y **MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL** de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO **MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.**, con NIT No. 900.422.862-8, certifican que la entidad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA** con NIT No. 800.110.181-9 se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022 y de los meses de **ENERO a JUNIO** de 2023, por concepto de **SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia**.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los quince (15) días del mes de agosto de 2023.

++++
 C.C. No. 36166856 NEIVA
 Gerente

++++
 C.C. No. 36309066 NEIVA
 Contador Público
 T.P. No.123297-T



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.06.28

HORA: 09:46:22

PAGINA No: 1

Numero: 79840 Fecha Ex. 11/06/23 Hora 08:33

Nombre Paciente: 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

Dirección: VEREDA PINARES

Telefono: 3142159032 Edad: 13 A Sexo: F

Medico: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Hay proyección AP de la escapula izquierda observándose fractura desplazada cabalgada y angulada del tercio medio de la clavícula con fragmentos óseos interfracturario libre.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes al foco de fractura.

Diástasis de articulación acromio clavicular.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.

Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 11-06-2023

Señores

Ciudad

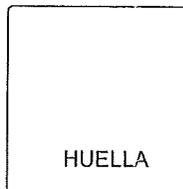
Equidad
Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Monsela Bolívar identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Lina Soledad Barragan, con identificación No. 1076785134, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde 11/06/2023 a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

Paciente



Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante



Monsela Bolívar
Firma
Nombre:
c.c. 1076 983 030



HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813001653
Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Remisión No. 10046625

Historia Clínica No.

1076985134

Fecha de remisión sábado, 10 de junio de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 410010056201
Razon Social HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO Y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR	TI: 1076985134	30-ene-2010	COLOMBIA	HUILA	ALGECIRAS	13 Años	F
Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona			
V. PINARES, V. PINARES	3142159032	HUILA	ALGECIRAS	R			

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE

Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable: MARISELA BOLIVAR SILVA **Documento:** TI: 1076983030
Dirección de residencia: V. PINARES **Teléfono:**
Departamento: 41 HUILA **Ciudad:** 41020 ALGECIRAS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:
sábado, 10 de junio de 2023	sábado, 10 de junio de 2023
Servicio que Remite	Servicio al que Remite
Urgencias	Urgencias
Especialidad	Especialidad
MEDICINA GENERAL	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	Motivo Remisión
REMISION	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	Nivel al que Remite
1 Nivel de Complejidad	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	Hora de Confirmación
19:10	
Quien Confirma?	Hora de Llegada
Conductor	Placa Ambulancia
Referencia a PyP	Prioridad de la Remisión
No asociado a P y P	Prioritaria

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
" ME ACCIDENTE "

His.Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 13 AÑOS QUE ES TRAIDA ALA URGENCIAS EN AMBULANCIA INSTITUCIONAL AL LLAMADO POR REFERIR CC DE APROXIMADAMENTE 20 MIN DE EVOLUCION, POR DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA AL PARECER POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO.
PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700
AL MOMENTO PACIENTE ALGICA, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O HABER ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID
PACIENTE YA CON INMUNIDAD PARA COVID 1 DOSIS

PACIENTE ES ATENDIDO CON TODOS LOS EPP EMITIDOS POR MINISTERIO DE SALUD

PATOLOGICOS

- NIEGA
OTROS
- NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS

REVISION X SISTEMAS

Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÍSICO

*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Deformidad en region clavicular izquierda, limitacion *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 90 / 65 //Frecuencia Cardiaca: 100 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 58 //Talla: 163 //I.M.C.: 21.8299521999323 -

Apertura de Ojos
Espontanea

Respuesta Verbal
Conversación orientada

Respuesta Motora
Obedece ordenes

Escala Glasgow
15/ 15

10/jun/2023 00:01

Folio 1 de 2

Impreso por: JULIETH TATIANA MANCHOLA ROA

SIIGHOS PLUS

**HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NIT 813001653

Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Remisión No. 10046625

Historia Clínica No.

1076985134

IMPRESION DIAGNOSTICA**IMPRESION DIAGNOSTICA**

- Principal (S420) FRACTURA DE LA CLAVICULA

Análisis Dx

PACIENTE DE 13 AÑOS CON CC DE APROXIMADAMENTE 20 MIN DE EVOLUCION, POR DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA AL PARECER POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO. PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O HABER ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID PACIENTE YA CON INMUNIDAD PARA COVID 1 DOSIS SE DECIDE DAR TRATAMIENTO INMEDIATO Y REVALORAR

SE RECIBE REPORTE DE RX DE CLAVICULA
FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA CAVALGADA

DADO AL CUADRO CLINICO Y AL REPORTE DE RX SE DECIDE COMENTAR A MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION ESPECIALIZADA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
SE EXPLICA A FAMILIAR SOBRE CONDUCTA A SEGUIR LA CUAL ENTIENDE Y ACEPTA

Diagnóstico por el cual se remite: S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA**CRITERIO Y JUSTIFICACION**

PACIENTE DE 13 AÑOS CON DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO.
PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA,
SE DA REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA

Resultados Exames

PACIENTE DE 13 AÑOS CON DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO.
PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA,

SE RECIBE REPORTE DE RX DE CLAVICULA
FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA CAVALGADA

JHERSON ANDRES QUINTERO RA

MEDICO GENERAL

Registro Medico No. 83183073

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: **1.076.985.134**
BARRAGAN BOLIVAR
 APELLIDOS
LUNA SOFIA
 NOMBRES

Luna Sofia Barragan Bolivar
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: **30-ENE-2010**
ALGECIRAS
 (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
30-ENE-2028
 FECHA DE VENCIMIENTO
06-ABR-2017 NEIVA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
 G S RE SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VALEZ



P-1900100-00802958-F-1076985134-20170508 0055274985A 1 6874386134

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 10	
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902022000094855	FECHA IMPORT. 09/06/2022	PUERTAS 0	
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD *****			
FECHA MATRÍCULA 12/07/2022	FECHA EXP. LIC. TTD. 12/07/2022	FECHA VENCIMIENTO *****	
ORGANISMO DE TRÁNSITO INST TTOYTTT DPTAL HUILA/RIVERA			
			
LT07001798461			



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10026594132

PLACA EWA98G	MARCA VICTORY	LÍNEA MRX150 PRO	MODELO 2023
CILINDRADA CC 149	COLOR NEGRO NEBULOSA VERDE	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERÍA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ 2
NÚMERO DE MOTOR ZŞ157FMJ25N114403	REG N	VIN 9GFJCKLH0PKF24232	
NÚMERO DE SERIE 9GFJCKLH0PKF24232	REG N	NÚMERO DE CHASIS 9GFJCKLH0PKF24232	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) GONZALEZ JIMENEZ MARTHA YERLENI			IDENTIFICACIÓN C.C. 1014218231

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE TIANOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA DE EXPEDIC
2022-07-09

VEGECIA
DESDE
LAS 00
HORAS
DEL 2022-07-10

HASTA
LAS 23:59
HORAS
DEL 2023-07-09



equidad

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CE. NORAJENA	MODIFI D
8083137700	EWA98G	MOTOS	PARTICULAR	149	2023
PASAJER	MARCA	VICTORY		CARROCERIA	
2	LÍNEA VEHICUL	MRX150 PRO			
No. MOTOR	No. CHASIS & No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD		
ZS157FMJ25N114403	9GFJCKLH0PKF24232	9GFJCKLH0PKF24232	0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GONZALEZ JIMENEZ, MARTHA YERLENI		3202690337	CC	1014218231	ALGECIRAS
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1501	00001	900160906090	0	CAMPOALEGRE	
TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT	AMPAROS POR	HASTA
120	\$ 364900	\$ 189700	\$ 1900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800
TOTAL A PAGAR				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
\$ 556500				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10
					SALARIO S MÍNIMOS LEGALES DIARIOS

FIRMA AUTORIZADA



A partir del 1 de enero de 2019

la expedición de SOAT

se realizará en un único formato en Colombia

Tú decides como llevarlo: digital o impreso

¡Pórtalo siempre, es obligatorio!

laequidadseguros

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

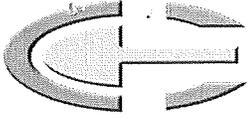
- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 653 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/8

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50930 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

HISTORIA No. 1076985134

GLOSA No: ZGL-1-41135

SINIESTRO: 50930

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 747400.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 747400.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA MARISELA BOLIVAR MADRE Y ACU... LA MENOR DE EDAD Y VICTIMA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES COR... SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	747,400.00
VALOR GLOSADO :	747400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	747400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

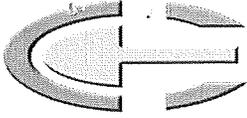
LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

Recibido!

16 de Noviembre del 2023

20211429





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/8

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50930 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

HISTORIA No. 1076985134

GLOSA No: ZGL-1-41135

SINIESTRO: 50930

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 747400.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 747400.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA MARISELA BOLIVAR MADRE Y ACUDIENTE LA MENOR DE EDAD Y VICTIMA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	747,400.00
VALOR GLOSADO :	747400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	747400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT						No. Egreso
							

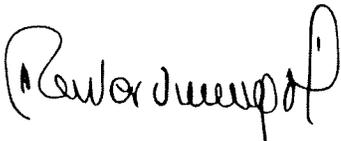
No.	20196359	No.	172130	Siniestro	90711812	No. Factura	FEC150930	
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	10/06/2023	Fecha aviso	01/08/2023	Fecha recepción	10/10/2023
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	24/10/2023	Póliza	808313770	Vigencia	10/07/2022	hasta 09/07/2023
Id tomador	1014218231	Nombre tomador						
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Id accidentado	1076985134	Nombre	LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR					
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Diagnósticos	S420					Ciuda	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
-------	--------	---------------	---------------	---	---------	--------------	-----------

1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA EN UNA MOTO MARCA C90 Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE UNA MOTO DE PROPIEDAD DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO QUE LO COLISIONA	100%	747,400	747,400	0
---	-------	----------------	---	------	---------	---------	---

1001	Cobrado	747,400
1002	Obj. Parcial	747,400
1003	Liquidado	0

Liquidación: ADRIANA.MARTINEZ	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
----------------------------------	----------	-------------	---



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



Bogotá D.C. Octubre 24 de 2023.

OBJEQU-20196359-2023

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

Asunto:

Siniestro: 90711812
Afectado: LUNA BARRAGAN BOLIVAR
Poliza: AT 1501-8083137700-0
Factura: FEC150930

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula en calidad de Representante Legal, mediante el cual solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT indicada en el asunto, derivado de las atenciones prestadas al paciente LUNA BARRAGAN BOLIVAR, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 10/06/2023.

Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Una vez realizada la investigación por parte de esta Compañía de Seguros, se evidenció que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa EWA98G asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C., toda vez que, Se objeta por no cubierto soat teniendo en cuenta auditoria interna el lesionado refiere que se movilizaba en una moto marca C90 y es atendido con el soat de una moto de propiedad del conductor del vehiculo que lo colisiona.

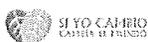
En consecuencia y con fundamento a las razones anteriormente expuestas, La Equidad Seguros Generales O.C., objeta la reclamación y declina la petición indemnizatoria.

Adjunto, encontrará los documentos originales aportados a la reclamación.

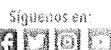
Cordialmente

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

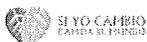
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



Linea Segura Nacional
01 324 314328



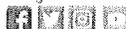
Elaboró: Grupo MOK
Revisado: Grupo MOK



Linea Segura Nacional
UNICIÓN Y PROGRESO

☎ 324

Síguenos en



DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Luna Sofia Barragan Bolivar Documento de Identidad 1026985134
Edad 13 Sexo F Dirección Domicilio Vereda Pinar Ciudad Algeciras Teléfono 3142159032
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Luna Sofia Barragan Bolivar Documento de Identidad 1026985134
Edad 13 Sexo F Dirección Domicilio Vereda Pinar Ciudad Algeciras Teléfono 3142159032
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Victory Placa EWA 986 Vehículo Moto
3.1 Aseguradora Equifax Póliza No. 808 31 37 300

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 10 JUNIO 23 Hora 17:20

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor <u>X</u>	
Ocupante _____	
Peatón _____	
	<u>Alt. con cr. 6ta. las Mercedes.</u>

4.2. RÉLATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Marisela Bolivar declaro que luna iba como conductora de moto con placa EWA 986, cuando es colisionada por otro vehiculo y cae sufriendo lesiones personales.

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Marisela Bolivar identificado con c.c. 1026983030 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

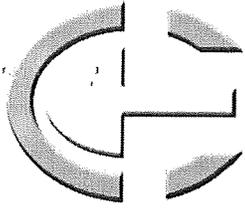
Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1501 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de NEIVA Fecha y hora 10 JUNIO 23 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima
Nombre

Firma Acompañante
Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoreteneedores de Renta

*Autoreteneedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.08.22	09:30:45	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50931

ENTIDAD RESPONSABLE _____ (AT1501)		TIPO CONTRATO _____		VIA DE INGRESO _____	
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO		EVENTO		AMBULATORIA	
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA		TELEFONO: 8713072		ORDEN SS 161332,161346	
CONTRATO/PLAN		REGIMEN		AUTORIZACION	
001 01 SOAT		OTRO REGIMEN		FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)	
				2023.06.13 - 11:22 2023.06.14 - 08:26	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

EDAD : 13 Años

DIRECCION: VEREDA PINARES ALGECIRAS TELEFONO: 3142159032

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

1i Interv 100%											
13739	REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	13-Jun-2023	39010	1	12	100.0%	1-CIRUJANO FGR		1	730,300	730,300
39110	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	13-Jun-2023	39110	1	12	100.0%	2-ANESTESI JHT		1	425,400	425,400
39123	GRUPO 12	13-Jun-2023	39123	1		100.0%	3-AYUDANT CLF		1	199,300	199,300
39214	GRUPO 12	13-Jun-2023	39214	1		100.0%	4-DER.SALA CLF		1	1,170,600	1,170,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	13-Jun-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL CLF		1	584,900	584,900
2i+ Unic Via,=Ciruj											
13100	DRENAJE, CURETAJE, SEQUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA	13-Jun-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO FGR		1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	13-Jun-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI JHT		1	71,300	71,300
2i=Via,#R,=Ciruj											
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	13-Jun-2023	39005	7	07	50.00%	1-CIRUJANO FGR		1	167,300	167,300
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	13-Jun-2023	39105	7		50.00%	2-ANESTESI JHT		1	98,600	98,600
39118	GRUPO 07	13-Jun-2023	39118	7		50.00%	3-AYUDANT CLF		1	44,100	44,100
39209	GRUPO 07	13-Jun-2023	39209	7		50.00%	4-DER.SALA CLF		1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	13-Jun-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL CLF		1	276,700	276,700

ESTANCIAS

38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						1	312,600	312,600
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/14 MM											
									1	88,725	88,725

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH								1	0	0
	VICRYL SUTURA # 3-0 DEMETECH								1	0	0
	APOSITOS ESTERILES PAQUETES								5	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								10	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								13	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 4								1	0	0
248800	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE								1	48,000	48,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dia: 18
Modalidad ELECTRONICA L

Cufe: dc58079949b5f48de18681b73c0b7914e42b81d319573:

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F. P. de la Industria y Comercio. THE FACTORY S.A.S. COLOMBIA S. A. S NIT. 900.390.126 - 6



Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO
90.110.181-9

ma vigencia de: 12 Meses
10 de Octubre del 2023

000 AUTORIZA
71alc92b58d1
JILLO NIT. 99.395.451 - 0

20196360

76

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:01:33 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150931

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
dc58079949b5f48de18681b73c0b7914e42b81d3f95731f56e15
aedfa25a3a531cf745fde04acd4dff777a1c923b88d1

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
8988976

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-21 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
1ed7911f6d8286f222753178c739a88008c19e71114cf9dad840
af9a8c80c53b262d589ffa0798976ed7cc3f86ec0671

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 09:33:41.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150931

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
dc58079949b5f48de18681b73c0b7914e42b81d3f95731f56e15
aedfa25a3a531cf745fde04acd4dff777a1c923b88d1

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
80b2458a1a955ade2bd7336e6998939e05618a1698a8affe5bfa
071f4b9ba8618cfb6a830b1daa47d4907b7ee357f4a6

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 02:41:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
63b1f69f63217f5a2de1174fbc5283024896040770cc1cef7c7b4
b9184e355406999739f65f44010590f2d580f3cb022

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-27 09:45:21.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150931

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
dc58079949b5f48de18681b73c0b7914e42b81d3f95731f56e15
aedfa25a3a531cf745fde04acd4dff777a1c923b88d1

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
3f8ae116404675994b38bd58d7d8f3f55961d91d7a7dc195480c
aa24867fb33d74bf1026867efdd6eb1ef07cbf85cebf

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-29 08:21:04.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

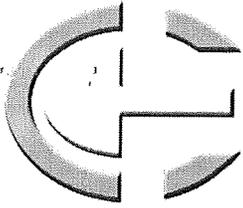
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoreteneedores de Renta
*Autoreteneedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with 3 columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.22, 09:30:45, 2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50931

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 161332,161346
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.06.13 - 11:22 2023.06.14 - 08:26

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA EDAD : 13 Años
DIRECCION: VEREDA PINARES ALGECIRAS TELEFONO: 3142159032

OBSERVACIONES:

Table header: COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Table of surgical interventions with columns for code, description, date, and costs.

ESTANCIAS

Table row for ESTANCIAS: 38122 HABITACION BIPERSONAL 38122 1 312,600 312,600

MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI

Table row for MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI: TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/14 MM 1 88,725 88,725

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Table of medical materials with columns for code, description, quantity, and costs.

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

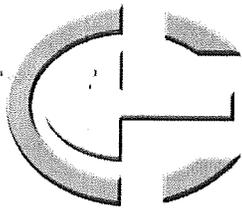
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: dc58079949b5f48de18681b73c0b7914e42b81d3f95731f56e15aedfa25a3a531cf745fde04acd4dff777a1c923b88d1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Handwritten mark 'JG'



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.22	09:30:45	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50931

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								5	500	2,500
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								4	600	2,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
	PLACA EN S CLAVICULAR BLOQUEADA 3.5/8 ORIFICIOS IZQUIERDA								1	2,431,650	2,431,650
MEDICAMENTOS											
19942561	LACTATO RINGER X 500ML								3	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER								8	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER								3	4,892	14,676
19996775	ISODINE SOLUCION								300	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								9	3,758	33,822
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								1	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								300	0	0
52222-01	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN								10	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								60	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								45	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEOS	2023.06.13	873206		FGR				1	62,800	62,800
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR:	2023.06.13	870001		CLF				5	189,200	946,000
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.06.13	890202		FGR				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.06.13	890202		JHT				1	55,100	55,100
IPC-1004	TORNILLO DE BLOQUEO 3.5 X 16 MM	2023.06.13	IPC-100435		CLF				2	243,652	487,304
IPC-TC-3	TORNILLO CORTICAL DE 3.5 / 16 MM	2023.06.13	IPC-TC-35/		CLF				1	88,725	88,725

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

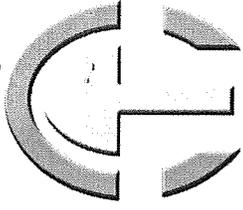
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: dc58079949b5f48de18681b73c0b7914e42b81d3f95731f56e15aedfa25a3a531cf745fde04acd4dff777alc923b88d1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

35



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with 3 columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.22, 09:30:45, 2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50931

Table header for items: COD.SS/MAT, DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/, Fecha, Codigo, Via, GRQ, %, FACT, MD, CANT, VR.UNITARIO, VR.TOTAL

Summary row: VALOR BRUTO: 8,988,976, CUOT.MODER/COPAGO 0, TOTAL A PAGAR \$ 8,988,976

SON: OCHO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.22 09:33:41 AM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: dc58079949b5f48de18681b73c0b7914e42b81d3f95731f56e15aedfa25a3a531cf745fde04acd4dff777a1c923b88d1

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Handwritten number 34

FACTURA:	50931
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ -
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 8,988,976
 DIEGO A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado
 Fecha Radicación:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 RG
 No. Radicado Anterior Nro. Factura
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG} \Cuenta de Cobro **FEC1- 50931**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA**
 Codigoo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

BARRAGAN **BOLIVAR**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
LUNA **SOFIA**
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento:

CC	CE	PA	<input checked="" type="checkbox"/> TT	RC	AS	MS
----	----	----	--	----	----	----

 No. Documento: **1076985134**
 De: **41020** Fecha de Nacimiento: **2010/01/30** Sexo: F M
 Dirección: **VEREDA PINARES**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3142159032**
 Municipio: **ALGECIRAS** Cod. **020**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracón
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Dirección de la Ocurrencia: **CALLE 7 CON CARRERA 6TA LAS MERCEDES**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/06/10** Hora: **17:20**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **ALGECIRAS** Cod. **020** Zona: U R
 Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWA98G ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. Póliza falsa Vehículo en Fuga
 Marca: **VICTORY** Placa: **EWA98G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de Servicio diplomático o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigoo Aseguradora: **AT1501** intervención de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8083137700** Cobro excedente Póliza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2022/07/10** Hasta: **2023/07/9**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GONZALEZ **JIMENEZ**
 1er. Apellido o Razon Social 2do. Apellido
MARTHA **YERLENI**
 1er. Nombre 2do. Nombre
 Documento de identidad:

<input checked="" type="checkbox"/> CC	CE	PA	NIT	TI	RC
--	----	----	-----	----	----

 No. Documento **1014218231**
 Dirección: **VEREDA PINARES**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **RIVERA** Cod. **615** Telefono: **3202690337** Total Folios: **0**

38



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

BARRAGAN		BOLIVAR	
1er.Apellido		2do.Apellido	
LUNA		SOFIA	
1er.Nombre		2do.Nombre	
Tipo de Documento:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input checked="" type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS	No. Documento	1076985134
Dirección:	VEREDA PINARES	Cod. 41	Teléfono: 3142159032
Departamento:	HUILA	Cod. 020	
Municipio:	ALGECIRAS		

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisión <input checked="" type="checkbox"/>	Orden servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión:	2023/06/10 a las 19:10	
Prestador que remite:	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE ALGECIRAS	Código de inscripción: 410200019401
Dirección:	CALLE 4 No 1 40	HUILA-ALGECIRAS
Telefono:	8382895	
Profesional que Remite:	JHERSON ANDRES QUINTERO RA	Cargo: MEDICO GENERAL
Fecha de Aceptación:	2023/06/10 a las 19:25	
Prestador que recibe:	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	Código de inscripción: 410010046601
Dirección:	CALLE 18 N 6-65	HUILA-NEIVA
Telefono:	8756349	
Profesional que recibe:	OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES	Cargo: MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporto la victima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona: U B

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso:	2023/06/13 a las 11:22	Fecha de Egreso:	2023/06/14 a las 08:26
Diagnostico presuntivo de Ingreso		Diagnostico presuntivo de Egreso	
Diagnostico definitivo de Ingreso	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA	Diagnostico definitivo de Egreso	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA
Diagnostico relacionado de Ingreso	S800 CONTUSION DE LA RODILLA	Diagnostico relacionado de Egreso	S800 CONTUSION DE LA RODILLA
Oscar		Alexis	
1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante		2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante	
Rodriguez		Menezes	
1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante		2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante	
Tipo Documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento	1031151920
		N-mero de Registro de MÚdico	1031151920

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	8988976	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

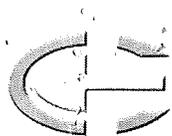
Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

37



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.06.11 HORA DE INGRESO: 00:00
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2023.06.14 HORA DE EGRESO: 08:26
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.06.11-00:23:49 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWA98G ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 00+05

INGRESA PACIENTE REMITIDA DE ALGECIRAS, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMO EN HOMBRO IZQUIERDO Y RODILLA DERECHA POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

NIEGA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 162 PESO: 60 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

NORMOCONFIGURADA, MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES APARENTES

<<CUELLO>>

SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA

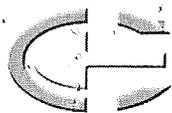
<<TORAX>>

NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS

33



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

<<GENITOURINARIO>>

NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS

<<PELVIS>>

SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS. EXTREMIDADES: REGION CLAVICULAR IZQUIERDA CON DEFORMIDAD, EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, RODILLA DERECHA CON ABRASIONES, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, RESTO NORMAL

<<NEUROLOGICO>>

PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++)

<<PIEL>>

SIN LESIONES ADICIONALES

<<FANERAS>>

NORMALES

** EVOLUCION:

PACIENTE DE 13 AÑOS AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO Y RODILLA DERECHA, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

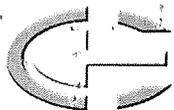
** PLAN DE MANEJO:

- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- CURACION DE HERIDAS
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA**

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

COLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.06.11-01:02:27 MEDICO: / (AUXIL. BRC - BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG - C.C. 1075314223 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

HORA INICIAL/FINAL: 00:24 / 00:30 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ANTEBRAZO Y HOMBRO IZQUIERDO + RODILLA DERECHA E IZQUIERDA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 23.06.11-02:20:13 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FX DESPLAZADA DE CLAVICULA TERCIO MEDIO

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FX, NO FISURAS, NO LUXACIONES

**** FECHA: 23.06.11-04:58:51 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

HEMOGRAMA: LEUC:15240, NEUT:94, LINF:5.7, HGB: 13.5, HTO:38.6, PLAQ:321.000

GLUCOSA:117

BUN:14

CREATININA:0.7

PTT:31.9, INR:1.09, PTT:31.9

LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES.

**** FECHA: 23.06.11-08:46:22 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

• EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134	SEXO: FEMENINO	DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30	EDAD: 13 A	CIUDAD: ALGECIRAS
EST.CIVIL: UNION.LIBRE	RH: 0A	TEL: 3142159032

**** EVOLUCION:**

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO POLITRAUMATISMO.
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR EDEMA EN REGION DE CLAVICULA IZQUIERDA.
NEUROVASCULAR NORMAL
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FX DESPLAZADA DE CLAVICULA TERCIO MEDIO
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FX, NO FISURAS, NO LUXACIONES

DX: FRACTURA DIAFISIARIA DE CLAVICULA IZQUIERDA.

PLAN: PROGRAMAR PARA CIRUGIA EN CUANTO MEJORE EL EDEMA DE LA EXTREMIDAD. MANEJO ANTIEDEMA CON ELEVACION DE EXTREMIDAD, CABESTRILLO.
ANALGESICO, INCAPACIDAD

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES Qx:**

PROGRAMACION DE CIRUGIA
PROGRAMAR: PRIORITARIO OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: SET DE PLACAS BLOQUEADAS DE CLAVICULA IZQUIERDA
FECHA 13/06/23
DURACION 1 HORA

**** FECHA: 23.06.11-08:50:15 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN POR ESTADO CLINICO ACTUAL E IMAGENES DIAGNOSTICAS, DECIDE PROGRAMAR PARA CIRUGIA EN CUANTO MEJORE EL EDEMA, POR EL MOMENTO SE LE DA EGRESO, POR LO QUE SE DAN ORDENES DE SALIDA.

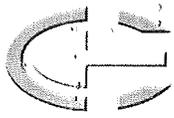
**** PLAN DE MANEJO:**

**** MEDICAMENTOS:**

ASISTIR A CLINICA DE FRACTURAS DEL DIA 13/06/23 A LAS 10:30 AM PARA SU CIRUGIA PROGRAMADA, DEBE ASISTIR EN AYUNO

**** OTROS:**

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL IBUPROFENO Y COMPRA NAPROXENO TABLETA 250 MG TOMAR UNA CADA 8 HORAS *SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR TRES VECES POR DIA POR UNA SEMANA*
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINAR EL TIEMPOINDICADO POR SU MEDICO.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

**** FECHA: 23.06.11-09:06:35 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.11-09:06:04 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.06.11 FIN: 2023.07.10

**** FECHA: 23.06.13-11:22:25 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

**** MOTIVO DE ATENCION:**

PROCEDENTE DE CASA A CIRUGIA PROGRAMADA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

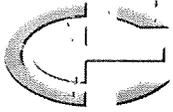
**** ESTADO AL INGRESO:**

EN COMPAÑIA DE LA MADRE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 13 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 10/06/2023 DONDE PRESENTO FRACTURA DESPLAZADA DE CLAVICULA IZQUIERDA, VALORADA PREVIAMENTE POR ORTOPEdia QUIEN INDICA MANEJO QUIRURGICO DE LA LESION, MOTIVO POR EL CUAL INGRESA. AHORA REFIERE ESTAR BIEN, EN AYUNAS, CON DOLOR MODULADO, NO OTRO SINTOMA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS

<<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO

<<TORAX>>

SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

<<PELVIS>>

ESTABLE, NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: INGRESA CON CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON EDEMA Y DEFORMIDAD A NIVEL CLAVICULAR IZQUIERDO. ABRASIONES EN RODILLA DERECHA EN CICATRIZACION CON EDEMA LEVE ASOCIADO. NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EX<<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

<<PIEL>>

LO YA DESCRITO

<<FANERAS>>

LO YA DESCRITO

**** EVOLUCION:**

SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DESPLAZADA DE CLAVICULA IZQUIERDA
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

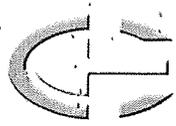
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. FUR 28/05/2023, DEMAS ANTECEDENTES NEGATIVOS

ANALISIS:

INGRESA PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, A CIRUGIA PROGRAMADA, SE CARGAN ORDENES PREOPERATORIAS. SE EXPLICA A PACIENTE. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

MEDIDAS GENERALES:

1. NADA VIA ORAL
2. CABECERA A 30 GRADOS
3. BARANDAS ARRIBA EN CAMA
4. VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
5. VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
6. REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
7. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
8. CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
9. MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
10. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENCIÓN DE PROPAGACION DE COVID 19 (USO PERMANENTE DE MASCARILLA QUIRÚRGICA)
11. LAVADO DE MANOS CADA 4 HORAS EN PACIENTE QUE SE PUEDE LEVANTAR O LIMPIEZA CON ALCOHOL EN PACIENTES QUE NO SE PUEDEN DESPLAZAR
12. SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
13. TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA AL LLAMADO

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: UN GR EV DU PREOPERATORIA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DOS GR EV DU PREOPERATORIO
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC A LIBRE GOTEY Y CONTINUAR A 40 CC HORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.13-13:53:03 MEDICO: / (DR(A), FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

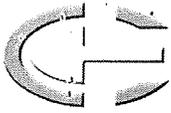
BUENO

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 100/60 FC: 80 FR: 22 TEMP: 36.7

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR A PALPACION DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA, NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofono SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.13-13:52:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.13-13:53:54 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

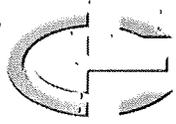
BUENO

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 100/60 FC: 80 FR: 22 TEMP: 36.7

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR A PALPACION DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA, NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

**** FECHA: 23.06.13-15:03:43 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

PACIENTE TRAJIDA A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 60 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.13-15:17:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA

PERSONAL QUE INTERVINO

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN

INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 14:30 / 15:15 DURACION: 00:45

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87 VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 15705

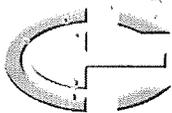
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

INCISION:

SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA DE 10 CM

HALLAZGOS :



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA**

DOC.IDENT: TI 1076985134

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: VEREDA PINARES

FCHA.NACTO: 2010.01.30

EDAD: 13 A

CIUDAD: ALGECIRAS

TEL: 3142159032

EST.CIVIL: UNION.LIBRE

RH: 0A

FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTO CORACOCLAVICULARES.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y ISODINE SOLUCION Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES POR VIA SUPRACLAVICULAR SE INCIDIO PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA SE CURETEAN LOS EXTREMOS OSEOS Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA. SE ESTABILIZA CON UNA PLACA EN S BLOQUEADA 8H + 2 TORNILLOS CORTICAL + 2 TORNILLOS DE BLOQUEO. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE). ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES. SE LAVA LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE CIERRA HERIDA CON VICRYL EN TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PLANO MUSCULAR Y PIEL CON PROLENE 2/0. SE CUBRE HERIDA CON GASAS CON ISODINE + GASA SECA + MICROPORE Y SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO. SANGRADO 150 ML.

NO COMPLICACIONES.

ARCO EN C 5 DISPAROS.

**** FECHA: 23.06.13-15:18:55 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

**** FECHA: 23.06.13-16:56:49 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX CLAVICULA IZQ FRACTURA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN

HOSPITALIZAR

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION

HOSPITALIZAR

DIETA NORMAL

LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS

CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS

DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS

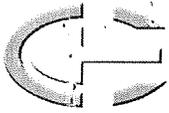
TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS

CONTROL DE SIGNOS VITALES

VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS

AVISAR CAMBIOS

24



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA**

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
 FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
 EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

** ANALISIS PLAN:

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.13-16:56:40 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.13-19:51:30 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

*** INGRESO A PISO PRODEDENTE DE CIRUGIA ***

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACO CLAVICUALRES.

PROCEDIMIENTOS:

1. DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA CLAVÍCULA IZQUIERDA + OSTEOSÍNTESIS. + REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES (13/06/2023).

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ES LLEVADA A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ANOTADOS. ES TRASLADADO A PISO PARA CONTINUAUR MANEJO, DE INGRESO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO Y ORDENADO POR ESPECIALIDAD TRATANTE.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 4, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 2 G LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 50 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA NORMAL.

- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS

- CABECERA A 30 GRADOS.



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134	SEXO: FEMENINO	DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30	EDAD: 13 A	CIUDAD: ALGECIRAS
EST.CIVIL: UNION.LIBRE	RH: 0A	TEL: 3142159032

- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

**** FECHA: 23.06.14-06:11:16 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACO CLAVICUALRES.
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

1. DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA CLAVÍCULA IZQUIERDA + OSTEOSÍNTESIS. + REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCCLAVICULARES (13/06/2023) .

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. FUR 28/05/2023, DEMAS ANTECEDENTES NEGATIVOS

S:/ REFIERE SENTIRSE BIEN, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A 100/56 MM HG, FC: 50 X MIN, FR: 16 X MIN SPO2: 98%, T°: 35.9°

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin lesiones aparentes, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes

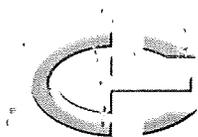
TORAX: Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares,

ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

PELVIS: Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna

EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, MICROPORE CON APOSITO GASA EN



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA**

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
 FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
 EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

REGION CLAVICULAR IZQUIERDA SIN ESTIGMAS DE SANGRADO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO GASA

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

A./ PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN CONSOLIDANDO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO DADO LA COMPLEJIDAD DE LA LESIÓN

P./ SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 50 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 2 G LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

**** DEL EGRESO****** FECHA: 23.06.14-08:26:00 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

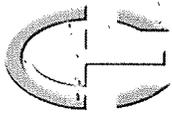
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACO CLAVICUALRES.
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

1. DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA CLAVÍCULA IZQUIERDA + OSTEOSÍNTESIS. + REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES (13/06/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. FUR 28/05/2023, DEMAS ANTECEDENTES NEGATIVOS

S/ EN COMPAÑIA DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA VALORACION, REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERA VIA ORAL, DOLOR CONTROLADO NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA.

O: / T.A 105/60 MM HG, FC: 60 X MIN, FR: 17 X MIN SPO2: 98%, T°: 35.9°

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin lesiones aparentes, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas

TORAX: Normoconfigurado, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares

ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, MICROPORE CON APOSITO GASA EN REGION CLAVICULAR IZQUIERDA SIN ESTIGMAS DE SANGRADO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

ANÁLISIS: PACIENTE EN SU PRIMER DIA POS OPERATORIO, INTERVENCION SIN COMPLICACIONES, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA MODULACION SINTOMATICA, SE INDICA ALTA HOSPITALARIA.
SE EXPLICA A PACIENTE.

SALIDA CON:

CONTROL CON ORTOPEDIA EN 15 DIAS

MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO

RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

** CONDUCTA:

** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS20

IBUPROFENO TAB X 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS20

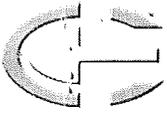
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

TRAMADOL GOTAS 100 MG/ML , DAR 4 GOTAS CADA 12 HORAS ****SOLO EN CRISIS DE DOLOR ***1 FRASCO

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE, OLORES FETIDOS, SECRECION O SANGRADO POR LAS HERIDAS, ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA.
- SI TIENE "RASPONES", REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHNSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.



CLINICA DE FRACTURAS Y

NIT.: 800110181-9

CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ******PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA**

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
 FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
 EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- EN CASO DE QUE LE HALLAN REALIZADO INMOVILIZACION NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL. DEBE DE UTILIZAR UNA BOLSA PLASTICA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
- PUEDE MOVER EL HOMBRO, PERO NO DEBE DE REALIZAR EJERCICIOS DE FUERZA EN EL BRAZO INTERVENIDO
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE REDOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA
 MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.

**** FECHA: 23.06.14-08:26:20 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** CONDUCTA:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.14-08:26:17 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
 INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO**TIPO****GRADO**

CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

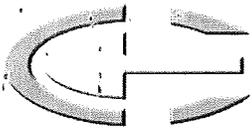
CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Alicia Maria del Pilar Roa Serrano
 Mod. Med. General
 R.M. 1075269209

DR@. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA

SER

REG. MED: 1075269209



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15705

Orden de Servicio N.º: 180-1 -161346 Fecha 13/06/23
 Nombre Paciente: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA 1076985134 Edad: 13 Sexo: F

Hora inicio 14:30 Hora fin: 15:15 Duración: 00:45 Tipo de Anestesia: GENERAL
 Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: JAB- JHOAN ALBEIRO BAZAN
 Anestesiólogo: JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentación: SINDY CESPEDES
 Clase de cirugía: HOSPITALARIA Tipo de cirugía: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

Diagnósticos Pre-Operatorios:

1. S420-FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA

Diagnósticos Post-Operatorios:

1. S420-FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES

Descripción de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
13170	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	FGR	1 - 1i Interv 100%
13739	REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87	FGR	1 - 1i Interv 100%
13100	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA	FGR	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: INCISION:
 SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA DE 10 CM

HALLAZGOS:
 FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTO CORACOCLAVICULARES.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y ISODINE SOLUCION Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES POR VIA SUPRACLAVICULAR SE INCIDIO PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA SE CURETEAN LOS EXTREMOS OSEOS Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA. SE ESTABILIZA CON UNA PLACA EN S BLOQUEADA 8H + 2 TORNILLOS CORTICAL + 2 TORNILLOS DE BLOQUEO. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE). ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES. SE LAVA LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLÓGICO Y SE CIERRA HERIDA CON VICRYL EN TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PLANO MUSCULAR Y PIEL CON PROLENE 2/0. SE CUBRE HERIDA CON GASAS CON ISODINE + GASA SECA + MICROPORE Y SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO.

SANGRADO 150 ML.

NO COMPLICACIONES.

ARCO EN C 5 DISPAROS.

Pag. 1

Anatomía Patológica:

Complicación:

Descripción de la complicación

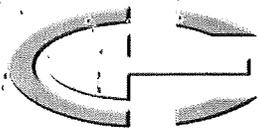
Rayos X Intraoperatorios

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA

Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN CLAVICULA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.


 Dr. Francisco H. García Ramírez
 C.C. 4.951.582
 R.M. No. 12462-52



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 15705

Orden de Servicio N:mero: 180-1 -161346

Fecha 13/06/23

Nombre Paciente: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

1076985134 Edad: 13

Sexo: F

Complicaci3n:

Descripci3n de la complicaci3n

Rayos X Intraoperatorios

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA

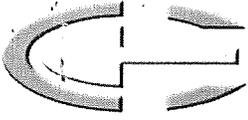
Intensificador de Imagen

SE USO ARCO EN C 5 DISPAROS EN CLAVICULA IZQUIERDA PARA LA VERIFICACION DE LA REDUCCION Y LA BUENA POSICION DE LOS IMPLANTES DE OSTEOSINTESIS.



Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-82

CIRUJANO



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076985134

ADMISION N_: 161346

NOMBRE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA Num. Id: TI 1076985134
 FECHA NACIMIENTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U
 FECHA DE INGRESO: 2023.06.13 HORA DE INGRESO: 13:53:03 Fecha/Hora de registro: 2023.06.13 13:53
 DIRECCION: VEREDA PINARES CIUDAD: ALGECIRAS DPTO: 41 TELEFONO: 3142159032
 OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
 DIRECCION: _____
 OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.06.13

<< REGISTRO: 13:53:03 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO FINALIDAD: 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA TIPO DIAG: NUEVO

MOTIVO CONSULTA

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

REVISION POR SISTEMA

BUENO

ANTECEDENTES

---<<2023.06.11-00:23:49>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 -
 MEDICINA GENERAL) H.U. 161193
 NIEGA

---<<2023.06.13-13:53:03>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX:
 161346

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 10 DE JUNIO DEL 2023 , REMITIDO DE ALGECIRAS-HUILA
 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA EL DIA 13 DE JUNIO DEL 2023

---<<2023.06.13-15:10:15>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
 V.PREANES: 161346

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

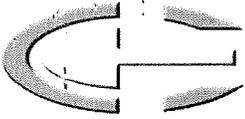
FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

**** EXAMEN FISICO ****

16



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1076985134

ADMISION N_: 161346

NOMBRE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA Num. Id: TI 1076985134
 FECHA NACIMIENTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U
 FECHA DE INGRESO: 2023.06.13 HORA DE INGRESO: 13:53:03 Fecha/Hora de registro: 2023.06.13 13:53
 DIRECCION: VEREDA PINARES CIUDAD: ALGECIRAS DPTO: 41 TELEFONO: 3142159032
 OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
 DIRECCION: _____
 OBSERVACION _____ (Inst)

SIGNOS VITALES TA: 100/60 FC: 80 FR: 22 Tmp: 36.7 PESO: TALLA:

EXAMEN FISICO

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
 CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
 TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
 ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
 MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR A PALPACION DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA, NEUROVASCULAR NORMAL.
 SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS/PLAN

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.13-13:52:50 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RESULTADO DE PROCED/EXAMENES

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano

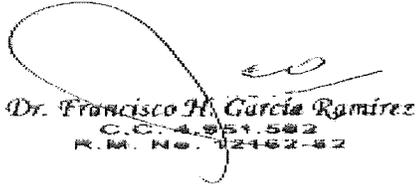
SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA DE EGRESO: 2023.06.13

HORA DE EGRESO: 13:52:50

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12162-82

Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
Registro Medico: 455

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 161346 - 10000

NOMBRE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA C.C. -TI-RC-OTRO 1076985134
 EDAD: 13 A FECHA DE NACIMIENTO: 2010.01.30 SEXO: F
 DIRECCION: VEREDA PINARES TELEFONO: 3142159032
 ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

FECHA: CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:
 2023.06.13 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLA

ANTECEDENTES:

HISTORICO
 ---><<2023.06.11-00:23:49>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.U. 161193
 NIEGA

---><<2023.06.13-13:53:03>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEdia) H.PREQX:
 161346

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 10 DE JUNIO DEL 2023 , REMITIDO DE ALGECIRAS-HUILA
 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA EL DIA 13 DE JUNIO DEL 2023

---><<2023.06.13-15:10:15>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
 V.PREANES: 161346

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

EXAMEN FISICO:

PA: 122/52 FC: 84 FR: 19 PESO: 60 TEMPERATURA: 37

CABEZA:
 SIN ALTERACION

ORL: Mallampaty:
 APERTURA ORAL MAYOR DE 4CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

CUELLO:
 DMT MAYOR DE 7CM, DMÉ MAYOR DE 13CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

CARDIOVASCULAR:
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONAR:
 CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

ABDOMEN:
 SIN ALTERACION

EXTREMIDADES:
 EDEMA, DEFORMIDAD, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE HOMBRO IZQUIERDO POR FRACTURA DE CLAVICULA

OTROS:
 SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N : 161346 - 10000

NOMBRE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA C.C. -TI-RC-OTRO 1076985134
 EDAD: 13 A FECHA DE NACIMIENTO: 2010.01.30 SEXO: F
 DIRECCION: VEREDA PINARES TELEFONO: 3142159032
 ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

Hto: Hb: Glicemia: BUN: Creat: PT: PTT: Plaq:
 INR: Hemoclasificación: Grupo:
 P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: S420
FRACTURA DE LA CLAVICULA

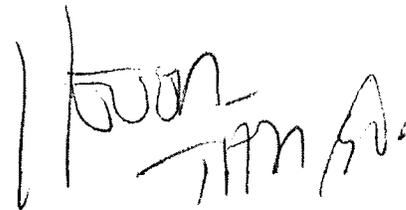
PLAN:
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano ESTADO SALIDA: VIVO FECHA: 2023.06.13 HORA: 13:00:09
 SERVICIO: ORTOPEDIA



FIRMA:

RM: 11771/90



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

Boreiga 1er. APELLIDO		Bolra 2do. APELLIDO (O DE CASADA)		Juan Soza NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA 1076985134
13/06/23 FECHA		31 EDAD		M SEXO	1.62 TALLA (Cms)	60 PESO (Kgr)
Día	Mes	Año	Hora	Años	Meses	Días
C/O SERVICIO				SALA O CUARTO		No. DE CAMA
ANESTESIAS PREVIAS 12345 U						

B - EVALUACION PREANESTESIA

HTM	I.R.	E.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM	TyA PROT	TCOG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.	
DIAGNOSTICO: <i>neofobia de alcohol 12y</i>																	
OPERACION PROPUESTA: <i>Wolun abey + costura de alcohol 12y</i>																	
ENFERMEDAD ACTUAL - ALERGICOS - ICTERICOS - DISCRASICOS - QUIRURGICOS - TBC - LUES - ASMA - IMAO - ESTEROIDES - HIPOTENSORES - INSULINA - B/BLOQUEADORES - OTROS																	
Pq - w Gm - w Ah - w																	
ESPECIFICO																	
FACILIDAD INT		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							
HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO		All normal															
TIPO BLOQUEO		RES		Y		S		U		P		L		A		N	
PERIDURAL		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							
ESPIINAL		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							
GENERAL		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							
NECESARIA		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							
SANGRE		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							
PREMEDICACION		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							
FIRMA		SI		NO		VIA AEREA		DIENTES		CUELLO							

C - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION	E	C	N	V	T	H	C	A	C	E	E	O
RECUPERACION A			A	O	O	I	I	R	E	X	T	R
42	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
30	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
38	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
36	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
34	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
32	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
30	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
28	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
26	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
24	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
22	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
20	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
18	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
16	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
14	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
12	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
10	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
8	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
6	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
4	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
2	49	49	A	M	T	P	R	E	C	E	R	A
TOTAL	4	2	3									
4	5	6										
7	8	9										
10	11	12										
COMENTARIOS												
Ingreso a sala de recuperacion bjo cuidados generales en cumplimiento												
HORA SALIDA Y MOTIVO												
Mejor												
FIRMA												
[Signature]												

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFFECTOS PREMEDICACION:

O.P. B R M

DIAG PREOPERATORIO *Fractura de Codo de un*

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION *abrir y cerrar el Codo de un*

ANESTESIOLOGOS *Leon* CIRUJANOS *Flores - J. Diaz*

TIEMPO DE LIQUIDO LOCAL BLOQUEO GENERAL SAUDAL OTRA

AYUNO SOLIDO DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION *a a a*

REPARACION

CCSC E

CSA A

CCC C

42 *94 94 94*

40 *92 92 92*

38 *90 90 90*

36 *88 88 88*

34 *86 86 86*

32 *84 84 84*

30 *82 82 82*

28 *80 80 80*

26 *78 78 78*

°C

MORA

AGENTES

1 *Hall*

2 *Sid*

3

4

5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTALS	1	2	3	4
	5	6 <i>1500</i>	7 <i>200</i>	8 <i>800</i>
	9 <i>1200</i>	10 <i>200</i>	11 <i>600</i>	12
	13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO *Conleta* ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO *ceeee h*

OBSERVACIONES: *Monitor se despegó por xipilam - unida con un #3 ceceste, gran muller con un mepm sloo untaesech jelo 20 NO caplam*

FIRMA Y CODIGO

23/6/23, 08:41

Factura - iSiigo



QUIRUCORE SAS
NIT 901.695.273-4



CALLE 18A 6 37
(057) 3011356726
Neiva - Colombia
quirucorezas@gmail.com

Factura electrónica de venta

N°: FEQ 57

Fecha y hora Factura

Cliente: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Nit: 800.110.181-9
Teléfono: (608) 8756349
Dirección: CALLE 18 6-65
Ciudad: Neiva - Colombia
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Generación 23/06/2023, 08:40
Expedición 23/06/2023, 08:41
Vencimiento 07/08/2023
Vendedor Claudia Aguilar
Centro de costo 0
Cotización

Item	Código	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.
1	QC-PSBL-3.5/8/L	PLACA EN S CLAVICULAR BLOQUEADA 3.5/ 8 ORIFICIOS IZQUIERDA		1.00	2,431,650.00	2,431,650.00	2,431,650.00	0 %	0.00
2	QC-TC-3.5/16	TORNILLO CORTICAL DE 3.5/16mm		1.00	88,725.00	88,725.00	88,725.00	0 %	0.00
3	QC-TC-3.5/14	TORNILLOS CORTICALES DE 3.5/14mm		1.00	88,725.00	88,725.00	88,725.00	0 %	0.00
4	QC-TB-3.5/16	TORNILLO DE BLOQUEO 3.5/16mm		2.00	243,652.00	487,304.00	487,304.00	0 %	0.00

Total items: 4

Valor en Letras:

Tres millones noventa y seis mil cuatrocientos cuatro pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-08-07 por \$ 3,096,404.00

Total Bruto 3,096,404.00

Total a Pagar 3,096,404.00

Observaciones:

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA
ID PACIENTE: 1.076.985.134
EDAD: 13 AÑOS
CIRUJANO: DR GARCIA

FAVOR REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA BANCO BANCOLOMBIA CTA.AHORROS No 944-000057-12 A NUESTRO NOMBRE.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764046509306 aprobado en 20230325 prefijo FEQ desde el número 1 al 1000 Vigencia: 12 Meses - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados Tarifa 3.5

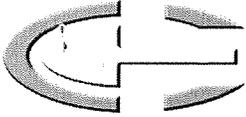
CUFE:

9bbf71e2440941a3c4deaec668eb5dc72152b26ca308882ac17ba74579fc3acb28c444d75f814b4012056b87a2dec

Elaborado por

Firma recibido

Fabricante Software y Proveedor Tecnológico: Siigo SAS - NIT 830.D48.14E-8. Nombre Software: Siigo Nubul. Firma electrónica ver en el XML



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 12-Ago-2023

14:31:2

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	AMBULATORIA
860028415	LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	EDAD	ANEXO2:	Fecha Ingreso: 2023.06.1 13:00
001 0 SOAT		OTRO REGIMEN	13 Años		Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
1076985134	BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA	1 NIVEL I	ALGECIRAS	VEREDA PINARES	3142159032

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2023.06.13	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	KML	60.00
2023.06.13	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN	KML	10.00
2023.06.13	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	KML	1.00
2023.06.13	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	KML	45.00
2023.06.13	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	KML	1.00
2023.06.13	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	KML	10.00
2023.06.13	BAX	LACTATO	LACTATO RINGER X 500ML	KML	3.00
2023.06.13	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	8.00
2023.06.13	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	KML	3.00
2023.06.13	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	KML	1.00
2023.06.13	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	KML	1.00
2023.06.13	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 3-0 DEMETECH	KML	1.00
2023.06.13	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 3-0 DEMETECH	KML	1.00
2023.06.13	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	KML	1.00
2023.06.13	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	KML	1.00
2023.06.13	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 4	KML	1.00
2023.06.13	KR	MASCARA	MASCARA LARIN NO. 3 DESECHABLE	KML	1.00
2023.06.13	BRA	CAT	VENOCAT CATETER # 20	KML	1.00
2023.06.13	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	KML	1.00
2023.06.13	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	KML	300.00
2023.06.13	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	KML	300.00
2023.06.13	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	KML	1.00
2023.06.13	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	KML	2.00
2023.06.13	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	KML	2.00
2023.06.13	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	KML	10.00
2023.06.13	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	10.00
2023.06.13	CLI	APOSITOS	APOSITOS ESTERILES PAQUETES	KML	5.00
2023.06.13	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	KML	2.00
2023.06.13	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	KML	2.00
2023.06.13	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	KML	2.00
2023.06.13	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	2.00
2023.06.13	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	KML	2.00
2023.06.13	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	KML	2.00
2023.06.13	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	KML	2.00

PACIENTE: 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

EDAD: 13

DIRECCION: VEREDA PINARES

TELEFONO: 3142159032

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-57145

FECHA SINIESTRO: 2023.06.10

N° POLIZA: 8083137700

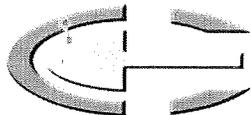
HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 13 de junio de 2023						
12:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	VACI	
12:00:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	VACI	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	6.00		DIA	VACI	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		DIA	VACI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	VACI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 34.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 14 de junio de 2023						
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	
00:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	
00:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
08:00:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	SSA1	
08:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	SSA1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	SSA1	
08:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	SSA1	

TOTAL SUMINISTRADO: 20.00



INFORME DE IMAGENOLOGÍA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.15

HORA: 17:21:59

PAGINA No: 1

Numero: 79921 Fecha Ex. 13/06/23 Hora 17:21

Nombre Paciente: 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

Dirección: VEREDA PINARES

Telefono: 3142159032 Edad: 13 A Sexo: F

Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda observándose fractura del tercio medio externo de la clavícula corregida fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placas y tornillos).

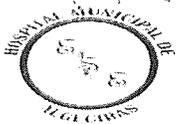
Edema de los tejidos blandos adyacentes a los focos de fracturas.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

**HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NIT 813001653

Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Remisión No. 10046625

Historia Clínica No.

1076985134

Fecha de remisión sábado, 10 de junio de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 410010056201
Razon Social HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR	TI: 1076985134	30-ene-2010	COLOMBIA	HUILA	ALGECIRAS	13 Años	F
Dirección:	Teléfonos:		Departamento	Ciudad	Zona		
V. PINARES, V. PINARES	3142159032		HUILA	ALGECIRAS	R		

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE

Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable: MARISELA BOLIVAR SILVA **Documento:** TI: 1076983030
Dirección de residencia: V. PINARES **Teléfono:**
Departamento: 41 HUILA **Ciudad:** 41020 ALGECIRAS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	Servicio que Remite	Especialidad	Modalidad Solicitud	Nivel que Remite	Hora de Solicitud	Quien Confirma?	Conductor	Referencia a PyP
sábado, 10 de junio de 2023	Urgencias	MEDICINA GENERAL	REMISION	1 Nivel de Complejidad	19:10			No asociado a P y P
Fecha de Egreso:	Servicio al que Remite	Especialidad	Motivo Remisión	Nivel al que Remite	Hora de Confirmación	Hora de Llegada	Placa Ambulancia	Prioridad de la Remisión
sábado, 10 de junio de 2023	Urgencias	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	NIVEL DE COMPETENCIA	3 Nivel de Complejidad				Prioritaria

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO

Motivo de la Consulta:
" ME ACCIDENTE "

His.Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 13 AÑOS QUE ES TRAIDA ALA URGENCIAS EN AMBULANCIA INSTITUCIONAL AL LLAMADO POR REFERIR CC DE APROXIMADAMENTE 20 MIN DE EVOLUCION, POR DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA AL PARECER POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO.
 PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700
 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O HABER ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID
 PACIENTE YA CON INMUNIDAD PARA COVID 1 DOSIS

PACIENTE ES ATENDIDO CON TODOS LOS EPP EMITIDOS POR MINISTERIO DE SALUD

PATOLOGICOS

- NIEGA
 OTROS
 - NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS

REVISION X SISTEMAS

Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÍSICO

*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Deformidad en region clavicular izquierda, limitacion *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 90 / 65 //Frecuencia Cardiaca: 100 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 58 //Talla: 163 //I.M.C.: 21.8299521999323 -

Apertura de Ojos
Espontanea

Respuesta Verbal
Conversación orientada

Respuesta Motora
Obedece ordenes

Escala Glasgow
15/ 15

10/jun/2023 00:01

Impreso por: JULIETH TATIANA MANCHOLA ROA

Folio 1 de 2

SIIGHOS PLUS ©

**HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT 813001653
 Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Remisión No. 10046625
Historia Clínica No.
 1076985134

IMPRESION DIAGNOSTICA**IMPRESION DIAGNOSTICA**

- Principal (S420) FRACTURA DE LA CLAVICULA

Analisis Dx PACIENTE DE 13 AÑOS CON CC DE APROXIMADAMENTE 20 MIN DE EVOLUCION, POR DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA AL PARECER POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO. PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O HABER ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID
 PACIENTE YA CON INMUNIDAD PARA COVID 1 DOSIS
 SE DECIDE DAR TRATAMIENTO INMEDIATO Y REVALORAR

SE RECIBE REPORTE DE RX DE CLAVICULA
 FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA CAVALGADA

DADO AL CUADRO CLINICO Y AL REPORTE DE RX SE DECIDE COMENTAR A MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION ESPECIALIZADA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
 SE EXPLICA A FAMILIAR SOBRE CONDUCTA A SEGUIR LA CUAL ENTIENDE Y ACEPTA

Diagnóstico por el cual se remite: S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE DE 13 AÑOS CON DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO.
 PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700
 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA,
 SE DA REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA

Resultados Exames

PACIENTE DE 13 AÑOS CON DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO.
 PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700
 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA,

SE RECIBE REPORTE DE RX DE CLAVICULA
 FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA CAVALGADA

JHERSON ANDRES QUINTERO RA
 MEDICO GENERAL
 Registro Medico No. 83183073

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: **1.076.985.134**

BARRAGAN BOLIVAR
 APELLIDOS

LUNA SOFIA
 NOMBRES

Luna Sofia Barragan Bolivar
 FIRMA



INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-2010**

ALGECIRAS
 (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

30-ENE-2028
 FECHA DE VENCIMIENTO

06-ABR-2017 NEIVA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
 G S RE SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GAUDDO VALEA



P-1900100-00902958-F-1076985134-20170508 0055274985A 1 6674386134



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1076983030
NOMBRES	MARISELA
APELLIDOS	BOLIVAR SILVA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	ALGECIRAS

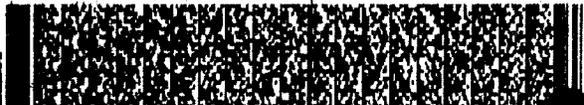
Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2023 14:38:23	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

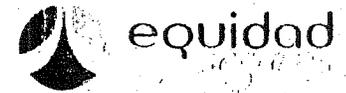
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

RESERVA DE MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 10	
DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN 902922090004855	FECHA IMPR. 09/06/2022	PUERTAS 0	
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD *****			
FECHA MATRÍCULA 12/07/2022	FECHA EXP. LIC. TTO. 12/07/2022	FECHA VENCIMIENTO *****	
ORGANISMO DE TRÁMITO INST TTOYTTT DPTAL HUILA/RIVERA			
			
LT07001798461			

				REPÚBLICA DE COLOMBIA					
MINISTERIO DE TRANSPORTE									
Licencia y Data		LICENCIA DE TRÁNSITO No.		10026594132					
PLACA	BARCA	LÍNEA	MODELO						
EWA98G	VICTORY	MRX150 PRO	2023						
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO							
149	NEGRO NEBULOSA VERDE	PARTICULAR							
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ						
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2						
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN							
ZS137FMJ25N114403	N	9GFJCKLH0PKF24232							
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG						
9GFJCKLH0PKF24232	N	9GFJCKLH0PKF24232	N						
PROPIETARIO: APILLOSO Y ROSALES			IDENTIFICACIÓN						
GONZALEZ, RENEZ MARTHA YERLENI			C.C. 1014218231						

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LA 3 PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO



FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022-07-09
 VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2022-07-10
 HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2023-07-09

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CL. NDRAJFAVA	MODULO
8083137700	EWA98G	MOTOS	PARTICULAR	149	2023
PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO		CARROCERÍA	
2	VICTORY	MRX150 PRO			
No. MOTOR	No. CHASIS & No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD		
ZS157FMJ25N114403	9GFJCKLH0PKF24232	9GFJCKLH0PKF24232	0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GONZALEZ JIMENEZ, MARTHA YERLENI		3202690337	CC	1014218231	ALGECIRAS
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1501	00001	900160906090	0	CAMPOALEGRE	
TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT	AMPAROS POR	HASTA
120	\$ 364900	\$ 189700	\$ 1900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800
TOTAL A PAGAR				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
\$ 556500				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10
				SALARIO S MÍNIMOS LEGALES DIARIOS	



A partir del 1 de enero de 2019
la expedición de SOAT
se realizará en un único formato en Colombia
 Tú decides como llevarlo: digital o impreso
Portal siempre, es obligatorio.
 laequidadseguros

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

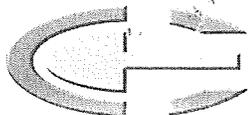
En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 563 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/10

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50931 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

HISTORIA No. 36180158

GLOSA No: ZGL-1-41154

SINIESTRO: 50931

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-ITEM GLOSA-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 8988976.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 8988976.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA MARISELA BOLIVAR MADRE Y ACUPO LA MENOR DE EDAD Y VICTIMA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

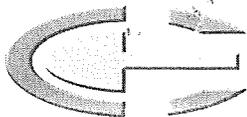
VALOR TOTAL FACTURA:	8,988,976.00
VALOR GLOSADO :	8988976.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	8988976.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

Recibido!

16 de Noviembre del 2023

20211432





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/10

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50931 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

HISTORIA No. 36180158

GLOSA No: ZGL-1-41154

SINIESTRO: 50931

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-ITEM GLOSA-

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 8988976.00

JUSTIFICACION:

999

GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 8988976.00 DECLARACION DE SINIESTRO

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA MARISELA BOLIVAR MADRE Y ACUDIENTE LA MENOR DE EDAD Y VICTIMA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	8,988,976.00
VALOR GLOSADO :	8988976.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	8988976.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
 QUIEN RESPONDE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT		No. Egreso
			

No.	20196360	No.	172130	Siniestro	90711812	No. Factura	FEC150931		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	10/06/2023	Fecha aviso	01/08/2023	Fecha recepción	10/10/2023	
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	24/10/2023	Póliza	808313770	Vigencia	10/07/2022	hast	09/07/2023
Id tomador	1014218231	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1076985134	Nombre	LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S420					Ciuda	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
0	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA EN UNA MOTO MARCA C90 Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE UNA MOTO DE PROPIEDAD DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO QUE LO COLISIONA,	100%	8,988,976	8,988,976	0

1001	Cobrado	8,988,976
1002	Obj. Parcial	8,988,976
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ELIZABETH.JIMENEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
 Coordinadora Seguros de Vida
 La Equidad Seguros Generales O.C.

RECIBIDO 31 OCT 2023



Bogotá D.C. Octubre 24 de 2023.

OBJEQU-20196360-2023

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

Asunto:

Siniestro: 90711812
Afectado: LUNA BARRAGAN BOLIVAR
Poliza: AT 1501-8083137700-0
Factura: FEC150931

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula en calidad de Representante Legal, mediante el cual solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT indicada en el asunto, derivado de las atenciones prestadas al paciente LUNA BARRAGAN BOLIVAR, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 10/06/2023.

Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Una vez realizada la investigación por parte de esta Compañía de Seguros, se evidenció que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa EWA98G asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C., toda vez que, Se objeta por no cubierto soat teniendo en cuenta auditoria interna el lesionado refiere que se movilizaba en una moto marca C90 y es atendido con el soat de una moto de propiedad del conductor del vehiculo que lo colisiona, .

En consecuencia y con fundamento a las razones anteriormente expuestas, La Equidad Seguros Generales O.C., objeta la reclamación y declina la petición indemnizatoria.

Adjunto, encontrará los documentos originales aportados a la reclamación.

Cordialmente

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



Linea Segura Nacional
01 324 219538



Síguenos en:



Elaboró: Grupo MOK
Revisado: Grupo MOK



Linea Segura Nacional

☎ 324

Síguenos en:



DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Luna Sofia Barragan Bolivar Documento de Identidad 1076985134
Edad 13 Sexo F Dirección Domicilio Vereda Pinara Ciudad Algeciras Teléfono 3142159032
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Luna Sofia Barragan Bolivar Documento de Identidad 1076985134
Edad 13 Sexo F Dirección Domicilio Vereda Pinara Ciudad Algeciras Teléfono 3142159032
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Victory Placa EW1A 986 Vehículo Moto

3.1 Aseguradora EQUIMAN Póliza No. 808 31 37 300

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 10 JUNIO 23 Hora 17:20

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor <u>X</u>	
Ocupante _____	
Pedón _____	
<u>Car. con cr. 6ta. las Mercedes.</u>	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Marisela Bolivar declaro que luna iba como conductora de moto con placa EW1A 986, cuando es colisionada por otro vehiculo y cae sufriendo lesiones personales.

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Marisela Bolivar identificado con c.c. 1076983030 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

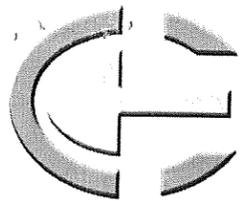
Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 10 JUNIO 23 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima
Nombre _____


Firma Acompañante
Nombre Marisela Bolivar


Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.08.22, 09:32:26, 2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50932

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
CONTRATO/PLAN 001 01 SOAT
TIPO CONTRATO EVENTO
VIA DE INGRESO AMBULATORIA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 162081,162850,164511
REGIMEN OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO) 2023.06.27 - 10:07 2023.08.10 - 09:55

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA
DIRECCION: VEREDA PINARES ALGECIRAS TELEFONO: 3142159032
EDAD : 13 Años

OBSERVACIONES:

Table header: COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Table rows for surgical materials: GASA ESTERIL PAQUETICOS, GUANTE EXAMRN TALLA S, HOJA DE BISTURI # 15

MEDICAMENTOS

Table rows for medications: CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER, ISODINE SOLUCION, ISODINE ESPUMA X CC ECAR.

IMAGENES DX

Table rows for X-rays: MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA

OTROS

Table rows for other services: CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA, DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES

Summary table: VALOR BRUTO: 285,892 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 285,892

SON: DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.22 09:34:53 AM

Handwritten signature of the legal representative

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

Handwritten number 123

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SU FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CL

Autorizacion de facturacion de la Dian 1876

Modalidad ELECTRONICA De:

Cufe: 68e58f88b10b6b251a241e97cb90d56152c8f206a8e1e5at

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Di



Recibido!

DIGO DEL COMERCIO

.110.181-9

a vigencia de: 10 de Octubre del 2023

10 AUTORIZA

20196362

ILLO Nit. 93.355.451 - 0

Handwritten number 32

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:02:00 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150932

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
68e58f88b10b6b251a241e97cb90d56152c8f206a8e1e5a64f4c
9ab8a6f7cb65769ec2dc0155e75a0948bbd917350407

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
285892

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-09-21 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
9a7240d5dfcf5e485678eef0cdde1735d9b8a0466f856aca0ba61
5a0194250395e3af732bbc1e24a523cf3672cd5151

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 09:34:53.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150932

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
68e58f88b10b6b251a241e97cb90d56152c8f206a8e1e5a64f4c
9ab8a6f7cb65769ec2dc0155e75a0948bbd917350407

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
12dfaec955acf1519b0f8ed9f9fd473a2b325b4710ce6e7ae3599
0a360064b8b09e050d75217444d3266b72b8111fe5c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-22 02:41:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
cf01ee0784acbd6d88a8b4d0c358d0fa362e55ba1e9bf36063f2f
6f068d8de5252ae103e7850b00c481348127de48668

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-27 09:44:45.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC150932

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-08-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
68e58f88b10b6b251a241e97cb90d56152c8f206a8e1e5a64f4c
9ab8a6f7cb65769ec2dc0155e75a0948bbd917350407

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
8cf36fff9418d47429c544ffff0dd68c6ef2c019719a66477026ee3d
add2db839eb0e807b0ff4384a3037a8330a9948

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-08-29 04:22:57.000 UTC-5

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

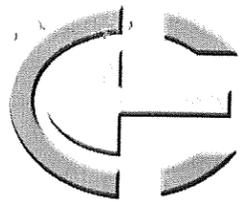
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.08.22	09:32:26	2023.09.21

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 50932

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** **VIA DE INGRESO**
 NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO AMBULATORIA
 DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA **TELEFONO:** 8713072 **ORDEN SS** 162081,162850,164511
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)**
 001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.06.27 - 10:07 2023.08.10 - 09:55

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DIRECCION: VEREDA PINARES

ALGECIRAS

TELEFONO: 3142159032

EDAD : 13 Años

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

010101	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.07.10	873206	fgr					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.08.10	873206	FGR					1	62,800	62,800

OTROS

39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.07.10	890302	FGR					1	64,500	64,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.08.10	890302	FGR					1	64,500	64,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.06.27	S22101	ADM					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO: 285,892 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 285,892

SON: DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.08.22 09:34:53 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

123

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 68e58f88b10b6b251a241e97cb90d56152c8f206a8e1e5a64f4c9ab8a6f7cb65769ec2dc0155e75a0948bbd917350407

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

32

FACTURA:	50932
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ -
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 285,892
 DIEGO A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No.Radicado _____
 Fecha Radicaci#n:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 RG _____
 No. Radicado Anterior _____ Nro. Factura \Cuenta de Cobro **FEC1- 50932**
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
 Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
 Codigo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

BARRAGAN	BOLIVAR
-----------------	----------------

 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido

LUNA	SOFIA
-------------	--------------

 1er.Nombre 2do.Nombre
 Tipo de Documento:

CC	CE	PA	<input checked="" type="checkbox"/> TR	RC	AS	MS
----	----	----	--	----	----	----

 No. Documento: **1076985134**
 De: **41020** Fecha de Nacimiento: **2010/01/30** Sexo: F M
 Direcci#n: **VEREDA PINARES**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3142159032**
 Municipio: **ALGECIRAS** Cod. **020**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO
 Naturaleza del Evento:
 Naturales: Accidente de Transito
 Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Hurac#n
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosi#n Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Direcci#n de la Ocurrencia: **CALLE 7 CON CARRERA 6TA LAS MERCEDES**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/06/10** Hora: **17:20**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **ALGECIRAS** Cod. **020** Zona: U R
 Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
 PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWA98G ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO
 Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. P#liza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **VICTORY** Placa: **EWA98G**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplom#tico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigo Aseguradora: **AT1501** intervenci#n de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **8083137700** Cobro excedente P#liza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2022/07/10** Hasta: **2023/07/9**

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GONZALEZ	JIMENEZ
-----------------	----------------

 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido

MARTHA	YERLENI
---------------	----------------

 1er.Nombre 2do.Nombre
 Documento de identidad:

<input checked="" type="checkbox"/> CC	CE	PA	NIT	TI	RC
--	----	----	-----	----	----

 No. Documento **1014218231**
 Direccion: **VEREDA PINARES**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **RIVERA** Cod. **615** Telefono: **3202690337** Total Folios: **0**

34



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

BARRAGAN	BOLIVAR
1er.Apellido	2do.Apellido
LUNA	SOFIA
1er.Nombre	2do.Nombre
Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS	No. Documento 1076985134
Dirección: VEREDA PINARES	
Departamento: HUILA	Cod. 41
Municipio: ALGECIRAS	Teléfono: 3142159032
	Cod. 020

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisión <input checked="" type="checkbox"/>	Orden servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión:	2023/06/10 a las 19:10	
Prestador que remite:	ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE ALGECIRAS	Código de inscripción: 410200019401
Dirección:	CALLE 4 No 1 40	HUILA-ALGECIRAS
Profesional que Remite:	JHERSON ANDRES QUINTERO RA	Cargo: MEDICO GENERAL
Fecha de Aceptación:	2023/06/10 a las 19:25	
Prestador que recibe:	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	Código de inscripción: 410010046601
Dirección:	CALLE 18 N 6-65	HUILA-NEIVA
Profesional que recibe:	OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES	Cargo: MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No. _____

Transporto la víctima desde: _____ Hasta: _____

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona: II R

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso:	2023/06/27 a las 10:07	Fecha de Egreso:	2023/08/10 a las 09:55
Diagnostico presuntivo de Ingreso		Diagnostico presuntivo de Egreso	
Diagnostico definitivo de Ingreso	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA	Diagnostico definitivo de Egreso	S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA
Diagnostico relacionado de Ingreso	S800 CONTUSION DE LA RODILLA	Diagnostico relacionado de Egreso	S800 CONTUSION DE LA RODILLA
OSCAR	1er.Apellido del Médico o Profesional tratante	ALEXIS	2do.Apellido del Médico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	1er.Nombre del Médico o Profesional tratante	MENESES	2do.Nombre del Médico o Profesional tratante
Tipo Documento <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento 1031151920		
	Número de Registro de Médico 1031151920		

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	285892	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo (único número 2).

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.06.11 HORA DE INGRESO: 00:00
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2023.08.10 HORA DE EGRESO: 09:55
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.06.11-00:23:49 MEDICO: / (DR)A. OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA EWA98G ES COLISIONADA POR OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 00+05
INGRESA PACIENTE REMITIDA DE ALGECIRAS, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMO EN HOMBRO IZQUIERDO Y RODILLA DERECHA POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
NIEGA

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 162 PESO: 60 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**
<<CABEZA>>
NORMOCONFIGURADA, MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES APARENTES
<<CUELLO>>
SIMÉTRICO, SIN DOLOR, NO LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SIGNOS DE TRAUMA
<<TORAX>>
NORMOCONFIGURADO, SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

<<GENITOURINARIO>>

NO VALORADO, REFIERE NO HABER RECIBIDO TRAUMA EN REGIÓN GENITAL NI PRESENTAR SÍNTOMAS CLÍNICOS

<<PELVIS>>

SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO: SIN APARENTES LESIONES EXTERNAS. EXTREMIDADES: REGION CLAVICULAR IZQUIERDA CON DEFORMIDAD, EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, RODILLA DERECHA CON ABRASIONES, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, RESTO NORMAL

<<NEUROLOGICO>>

PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++)

<<PIEL>>

SIN LESIONES ADICIONALES

<<FANERAS>>

NORMALES

**** EVOLUCION:**

PACIENTE DE 13 AÑOS AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO Y RODILLA DERECHA, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PT, PTT, GLICEMIA
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

**** PLAN DE MANEJO:**

- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- CURACION DE HERIDAS
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARCILLA COSTANTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN REOMDNEDACIONES DE LA OMS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

COLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.06.11-01:02:27 MEDICO: / (AUXIL. BRC - BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG - C.C. 1075314223 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

HORA INICIAL/FINAL: 00:24 / 00:30 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON ABRASION EN ANTEBRAZO Y HOMBRO IZQUIERDO + RODILLA DERECHA E IZQUIERDA SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

**** FECHA: 23.06.11-02:20:13 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FX DESPLAZADA DE CLAVICULA TERCIO MEDIO

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FX, NO FISURAS, NO LUXACIONES

**** FECHA: 23.06.11-04:58:51 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA: LEUC:15240, NEUT:94, LINF:5.7, HGB: 13.5, HTO:38.6, PLAQ:321.000

GLUCOSA:117

BUN:14

CREATININA:0.7

PTT:31.9, INR:1.09, PTT:31.9

LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, AZOADOS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES.

**** FECHA: 23.06.11-08:46:22 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** EVOLUCION:**

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO POLITRAUMATISMO.
AL EXAMEN FISICO: SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA DOLOR EDEMA EN REGION DE CLAVICULA IZQUIERDA.
NEUROVASCULAR NORMAL
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA: FX DESPLAZADA DE CLAVICULA TERCIO MEDIO
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FX, NO FISURAS, NO LUXACIONES

DX: FRACTURA DIAFISIARIA DE CLAVICULA IZQUIERDA.

PLAN: PROGRAMAR PARA CIRUGIA EN CUANTO MEJORE EL EDEMA DE LA EXTREMIDAD. MANEJO ANTIEDEMA CON ELEVACION DE EXTREMIDAD, CABESTRILLO.
ANALGESICO, INCAPACIDAD

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES Qx:**

PROGRAMACION DE CIRUGIA
PROGRAMAR: PRIORITARIO OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: SET DE PLACAS BLOQUEADAS DE CLAVICULA IZQUIERDA
FECHA 13/06/23
DURACION 1 HORA

**** FECHA: 23.06.11-08:50:15 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN POR ESTADO CLINICO ACTUAL E IMAGENES DIAGNOSTICAS, DECIDE PROGRAMAR PARA CIRUGIA EN CUANTO MEJORE EL EDEMA, POR EL MOMENTO SE LE DA EGRESO, POR LO QUE SE DAN ORDENES DE SALIDA.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** MEDICAMENTOS:**

ASISTIR A CLINICA DE FRACTURAS DEL DIA 13/06/23 A LAS 10:30 AM PARA SU CIRUGIA PROGRAMADA, DEBE ASISTIR EN AYUNO

**** OTROS:**

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL IBUPROFENO Y COMPRA NAPROXENO TABLETA 250 MG TOMAR UNA CADA 8 HORAS *SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR TRES VECES POR DIA POR UNA SEMANA*
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINAR EL TIEMPOINDICADO POR SU MEDICO.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

**** FECHA: 23.06.11-09:06:35 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.11-09:06:04 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.06.11 FIN: 2023.07.10

**** FECHA: 23.06.13-11:22:25 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

**** MOTIVO DE ATENCION:**

PROCEDENTE DE CASA A CIRUGIA PROGRAMADA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

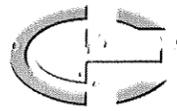
**** ESTADO AL INGRESO:**

EN COMPAÑIA DE LA MADRE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 13 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 10/06/2023 DONDE PRESENTO FRACTURA DESPLAZADA DE CLAVICULA IZQUIERDA, VALORADA PREVIAMENTE POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA MANEJO QUIRURGICO DE LA LESION, MOTIVO POR EL CUAL INGRESA. AHORA REFIERE ESTAR BIEN, EN AYUNAS, CON DOLOR MODULADO, NO OTRO SINTOMA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS

<<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO

<<TORAX>>

SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

<<PELVIS>>

ESTABLE, NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: INGRESA CON CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON EDEMA Y DEFORMIDAD A NIVEL CLAVICULAR IZQUIERDO. ABRASIONES EN RODILLA DERECHA EN CICATRIZACION CON EDEMA LEVE ASOCIADO. NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EX<<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

<<PIEL>>

LO YA DESCRITO

<<FANERAS>>

LO YA DESCRITO

**** EVOLUCION:**

SE VALORA Y EXAMINA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

- 1.FRACTURA DESPLAZADA DE CLAVICULA IZQUIERDA
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

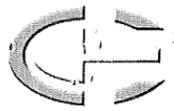
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. FUR 28/05/2023, DEMAS ANTECEDENTES NEGATIVOS

ANALISIS:

INGRESA PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, A CIRUGIA PROGRAMADA , SE CARGAN ORDENES PREOPERATORIAS.
SE EXPLICA A PACIENTE. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

MEDIDAS GENERALES:

1. NADA VIA ORAL
2. CABECERA A 30 GRADOS
3. BARANDAS ARRIBA EN CAMA
4. VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
5. VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
6. REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
7. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
8. CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
9. MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
10. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENCIÓN DE PROPAGACION DE COVID 19 (USO PERMANENTE DE MASCARILLA QUIRÚRGICA)
11. LAVADO DE MANOS CADA 4 HORAS EN PACIENTE QUE SE PUEDE LEVANTAR O LIMPIEZA CON ALCOHOL EN PACIENTES QUE NO SE PUEDEN DESPLAZAR
12. SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
13. TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA AL LLAMADO

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: UN GR EV DU PREOPERATORIA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DOS GR EV DU PREOPERATORIO
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 500 CC A LIBRE GOTEY Y CONTINUAR A 40 CC HORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG EV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.13-13:53:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

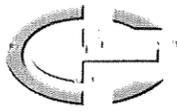
BUENO

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 100/60 FC: 80 FR: 22 TEMP: 36.7

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR A PALPACION DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA, NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA-ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.13-13:52:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.13-13:53:54 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

BUENO

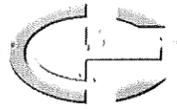
**** SIGNOS VITALES:**

TA: 100/60 FC: 80 FR: 22 TEMP: 36.7

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: EDEMA TOLERABLE, DEFORMIDAD Y DOLOR A PALPACION DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA, NEUROVASCULAR NORMAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

24



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** ANALISIS PLAN:**

PLAN
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

**** FECHA: 23.06.13-15:03:43 MEDICO: / (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**** EVOLUCION:**

PACIENTE TRAJIDA A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 3 GRAMOS DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 1 Hrs, DOSIS: 60 MG DOSIS UNICA, DURACION TRATAM: 1, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 2 Hrs, DOSIS: PARA DILUIR MEDICAMENTOS ANALGESICOS, DURACION TRATAM: 2, VIA: INTRAVENOSA

**** FECHA: 23.06.13-15:17:03 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA

PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 14:30 / 15:15 DURACION: 00:45

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87 VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE ESCAPULA Y CLAVICULA VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

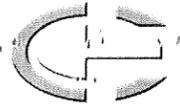
No. DESCRIPCION: 15705
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

INCISION:
SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA DE 10 CM

HALLAZGOS :

23



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTO CORACOCCLAVICULARES.

DESCRIPCION QUIRURGICA :

PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y ISODINE SOLUCION Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES POR VIA SUPRACLAVICULAR SE INCIDIO PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO. SE EXPONE EL FOCO DE FRACTURA SE CURETEAN LOS EXTREMOS OSEOS Y SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA. SE ESTABILIZA CON UNA PLACA EN S BLOQUEADA 8H + 2 TORNILLOS CORTICAL + 2 TORNILLOS DE BLOQUEO. SE HACE CONTROL CON ARCO EN C. (CASA COMERCIAL QUIRUCORE). ENSEGUIDA SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCCLAVICULARES. SE LAVA LA HERIDA CON 1000 ML DE SUERO FISIOLÓGICO Y SE CIERRA HERIDA CON VICRYL EN TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y PLANO MUSCULAR Y PIEL CON PROLENE 2/0. SE CUBRE HERIDA CON GASAS CON ISODINE + GASA SECA + MICROPORE Y SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO. SANGRADO 150 ML.
NO COMPLICACIONES.
ARCO EN C 5 DISPAROS.

**** FECHA: 23.06.13-15:18:55 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

**** FECHA: 23.06.13-16:56:49 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:

POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES

** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:

RX CLAVICULA IZQ FRACTURA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

** ANALISIS PLAN:

PLAN

HOSPITALIZAR

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS INICIAR EN HOSPITALIZACION

HOSPITALIZAR

DIETA NORMAL

LEV, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS

CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS

DICLOFENACO X 75 MG IV CADA 8 HORAS

TRAMADOL X 50 MG IV CADA 8 HORAS

CONTROL DE SIGNOS VITALES

VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS

AVISAR CAMBIOS

22



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.13-16:56:40 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.13-19:51:30 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
*** INGRESO A PISO PRODEDENTE DE CIRUGIA ***

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACO CLAVICUALRES.

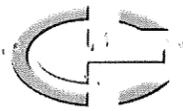
PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA CLAVÍCULA IZQUIERDA + OSTEOSÍNTESIS. + REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES (13/06/2023).

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ES LLEVADA A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ANOTADOS. ES TRASLADADO A PISO PARA CONTINUAUR MANEJO, DE INGRESO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO Y ORDENADO POR ESPECIALIDAD TRATANTE.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 4, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 2 G LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 2, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 2, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 50 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.

21



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

**** FECHA: 23.06.14-06:11:16 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** EVOLUCION:**

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACÓ CLAVICUALRES.
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

1. DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA CLAVÍCULA IZQUIERDA + OSTEOSÍNTESIS. + REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES (13/06/2023) .

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. FUR 28/05/2023, DEMAS ANTECEDENTES NEGATIVOS

S:/ REFIERE SENTIRSE BIEN, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A 100/56 MM HG, FC: 50 X MIN, FR: 16 X MIN SPO2: 98%, T°: 35.9°

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin lesiones aparentes, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes

TORAX: Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares,

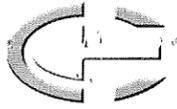
ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

PELVIS: Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna

EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, MICROPORÉ CON APOSITO GASA EN

20



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS • TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

REGION CLAVICULAR IZQUIERDA SIN ESTIGMAS DE SANGRADO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO GASA

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

A: / PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN CONSOLIDANDO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO DADO LA COMPLEJIDAD DE LA LESIÓN

P: / SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 50 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 2 G LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.06.14-08:26:00 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

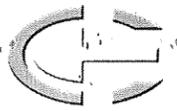
**** EVOLUCION:**

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA IZQUIERDA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACO CLAVICUALRES.
2. CONTUSIONES Y ABRASIONES

19



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

1. DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA CLAVÍCULA IZQUIERDA + OSTEOSÍNTESIS. + REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES (13/06/2023) .

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. FUR 28/05/2023, DEMAS ANTECEDENTES NEGATIVOS

S/ EN COMPAÑIA DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA VALORACION, REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERA VIA ORAL, DOLOR CONTROLADO NO FIEBRE, NO OTRO SINTOMA.

O:/ T.A 105/60 MM HG, FC: 60 X MIN, FR: 17 X MIN SPO2: 98%, T°: 35.9°

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin lesiones aparentes, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas

TORAX: Normoconfigurado, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares

ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, MICROPORE CON APOSITO GASA EN REGION CLAVICULAR IZQUIERDA SIN ESTIGMAS DE SANGRADO INMOVILIZADO CON CABESTRILLO

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

ANÁLISIS: PACIENTE EN SU PRIMER DIA POS OPERATORIO, INTERVENCION SIN COMPLICACIONES, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA MODULACION SINTOMATICA, SE INDICA ALTA HOSPITALARIA. SE EXPLICA A PACIENTE.

SALIDA CON:

CONTROL CON ORTOPEDIA EN 15 DIAS

MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO

RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

**** CONDUCTA:**

**** MEDICAMENTOS:**

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS20

IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS20

CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS..... 20, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER

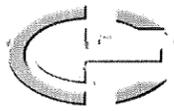
TRAMADOL GOTAS 100 MG/ML , DAR 4 GOTAS CADA 12 HORAS ****SOLO EN CRISIS DE DOLOR ***1 FRASCO

**** OTROS:**

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE, OLOR FETIDO, SECRECION O SANGRADO POR LAS HERIDAS, ENTUMECIMIENTO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA.

- SI TIENE "RASPONES" , REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLICAR ACEITE MINERAL DIARIO (JOHNSON Y JOHONSON, ALMEDRAS, COCINA). LAS COSTRAS SE CAEN SOLAS, CUANTO SE CAIGAN LAS COSTRAS, APLICAR BLOQUEADOS SOLAR PARA QUE NO SE NEGREEN LAS CICATRIZ.



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- EN CASO DE QUE LE HALLAN REALIZADO INMOVILIZACION NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL. DEBE DE UTILIZAR UNA BOLSA PLASTICA Y HACER UN ADECUADO CIERRE CON ESPARADRAPO, PARA EVITAR QUE SE FILTRE EL AGUA Y CONTAMINE E INFECTE LA HERIDA.
- PUEDE MOVER EL HOMBRO, PERO NO DEBE DE REALIZAR EJERCICIOS DE FUERZA EN EL BRAZO INTERVENIDO
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE REDOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.

**** FECHA: 23.06.14-08:26:20 MEDICO: / (DR/A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

**** CONDUCTA:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.14-08:26:17 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL**

**** FECHA: 23.06.27-09:38:31 MEDICO: / (DR/A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL POS OPERATORIO INEMDIATO DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUEIN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 10 DE JUNIO DEL 2023 , REMITIDO DE ALGECIRAS-HUILA CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA EL DIA 13 DE JUNIO DEL 2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
BUENO

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 100/20 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

17



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: HERIDA QX ICATRIZADA, CON MATERIAL DE SUTURA SINSIGNOS DE INFECCION, BUENA MOVIULIDAD DE HOMBRO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** EVOLUCION:**

RETIRAR PUNTOS AHORA EN HOMABRO IZQUIERDO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PRACTICAR EN 15 DIAS
RX DE CLAVICULA IZQUIERDA

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

RETIRAR PUNTOS AHORA EN HOMABRO IZQUIERDO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA

**** FECHA: 23.06.27-09:58:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

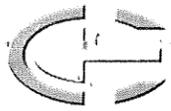
**** ANALISIS PLAN:**

**** ORDENES MEDICAS:**

PLAN
RETIRAR PUNTOS AHORA EN HOMABRO IZQUIERDO
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

16



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.27-09:58:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.06.27-10:07:04 MEDICO: / (AUXIL. ADM - ADRIANA MOLINA RAMOS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:53 / 10:03 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

09:52H// USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 13 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE FRACTURA DE CLAVICULA , REPARACION FRACTURA DESPLAZADA CLAVICULA IZQUIERDA + OSTEOSINTESIS EN PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES,CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

09:53H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 5 CM Y 5 CM APROXIMADAMENTE EN HOMBRO IZQUIERDO, EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVÉ DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

110:03H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

**** FECHA: 23.07.10-09:56:07 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEdia)**
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA , TRAE RX SOCLITADO EN CONSULTA PREVIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUEIN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 10 DE JUNIO DEL 2023 , REMITIDO DE ALGECIRAS-HUILA CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA EL DIA 13 DE JUNIO DEL 2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

15



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 100/60 FC: 80 FR: 22 TEMP: 36.6

**** EXAMEN FISICO:**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS

CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS

TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.

MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, BUENA MOVILIDA DE HOMBRO

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** EVOLUCION:**

TERAPIA EN CASA

SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES

CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA DE CLAVICULA MANTIENE REDUCCION CON MATERIAL DE SINTESIS NO CALLO OSEO

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PRACTICAR EN 1 MES

RX DE CLAVICULA IZQUIERDA

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

TERAPIA EN CASA

SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES

CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA

**** FECHA: 23.07.10-10:15:56 MEDICO: / (DR(A), FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

**** ANALISIS PLAN:**

**** ORDENES MEDICAS:**

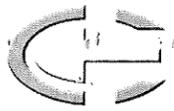
PLAN

TERAPIA EN CASA

SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES

CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L'A FRACTURA

14



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.07.10-10:15:56 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** FECHA: 23.08.10-09:27:36 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEdia)**
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIOENE A CONTROL DE, OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA TRAE RX SOCLITADO EN CONSULTA PREVIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUEIN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 10 DE JUNIO DEL 2023 , REMITIDO DE ALGECIRAS-HUILA CON OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA EL DIA 13 DE JUNIO DEL 2023

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
BUENO

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 120/75 FC: 72 FR: 20 TEMP: 36.6

**** EXASMEN FISICO:**
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO IZQUIERDO: HERIDA QX CICATRIZADA, NO DOLOR A PALPACION EN FOCO DE FRACTURA DOLOR A LA ADD , BUENA MOVILIDAD
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**** EVOLUCION:**
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
CONTROL CE POR ORTOPEdia EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

**** PROCESIMIENTOS DIAGNOSTICOS:**
RX DE CLAVICULA IZQUIERDA: FRACTURA DE CLAVICULA MANTIENE REDUCCION CON MATERIAL DE SINTESIS FALTA CALLO OSEO

13



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A. CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

PRACTICAR EN 1 MES
RX DE CLAVICULA IZQUIERDA

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

**** FECHA: 23.08.10-09:55:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

**** ANALISIS PLAN:**

**** ORDENES MEDICAS:**

PLAN
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.10-09:55:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

12



EPICRISIS No. 57914

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

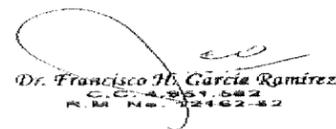
DOC.IDENT: TI 1076985134 SEXO: FEMENINO DIRECCION: VEREDA PINARES
FCHA.NACTO: 2010.01.30 EDAD: 13 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3142159032
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: 0A

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

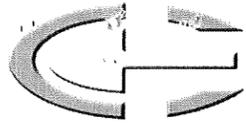
CONFIRMADO: S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

TIPO GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO


Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.351.582
R.M. No. 22462-82

DR@. FRANCISCO HERNANDO
GARCIA
REG. MED: 455



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 162081

Orden de Servicio N.º: **180-1 -162081** Fecha **2023/06/27**

Nombre Paciente: **BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA** - 1076985134 **Edad: 13** **Sexo: F**

Quien Realiza: **ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS** **Sala: 10** **SALA DE CURACIONES**

Diagnósticos Previos:

- 1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA
- 3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnósticos Definitivos:

- 1. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA IZQUIERDA CON MATERIAL DE SINTESIS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: 09:52H// USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 13 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE FRACTURA DE CLAVICULA , REPARACION FRACTURA DESPLAZADA CLAVICULA IZQUIERDA + OSTEOSINTESIS EN PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES, CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

09:53H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 5 CM Y 5 CM APROXIMADAMENTE EN HOMBRO IZQUIERDO, EN PROCESO DE CICATRIZACION, PIEL PERIFERICA CONSERVADA , LEVE DOLOR A LA MANIPULACION, SIN PRESENCIA DE DEHISCENCIA, SIN SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNO DE INFECCION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE SOLUCCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO , SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

11:03H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CONCIENTE ALERTA AFEBRIL



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,12-Ago-2023 14:27:2

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO AMBULATORIA
 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO MOTIVO 04 PROCEDIMIENTOS
 CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2023.06.2 09:53
 001 0 SOAT OTRO REGIMEN 13 Años Fecha Egreso :
 PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA 1 NIVEL I ALGECIRAS VEREDA PINARES 3142159032

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.06.27	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2023.06.27	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2023.06.27	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2023.06.27	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2023.06.27	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00
2023.06.27	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	ADM	1.00



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.15

HORA: 17:26:31

PAGINA No: 1

Numero: 80742 Fecha Ex. 10/07/23 Hora 17:26

Nombre Paciente: 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

Dirección: VEREDA PINARES Telefono: 3142159032 Edad: 13 A Sexo: F

Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA Prioridad: BAJA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda observándose fractura del tercio medio externo de la clavícula en vía de consolidación, satisfactoriamente corregida, fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placa y tornillos).

Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.15

HORA: 17:29:21

PAGINA No: 1

Numero: 81636 Fecha Ex. 10/08/23 Hora 17:29

Nombre Paciente: 1076985134 BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

Dirección: VEREDA PINARES Telefono: 3142159032 Edad: 13 A Sexo: F

Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO

Observación: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA Prioridad: BAJA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP de la clavícula izquierda observándose imagen de fractura del tercio medio externo de la clavícula con signos de consolidación, satisfactoriamente corregida, fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (placa y tornillos).

Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo


HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NIT 813001653

Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Remisión No. 10046625

Historia Clínica No.

1076985134

Fecha de remisión sábado, 10 de junio de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 410010056201
Razon Social HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR	TI: 1076985134	30-ene-2010	COLOMBIA	HUILA	ALGECIRAS	13 Años	F
Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona			
V. PINARES, V. PINARES	3142159032	HUILA	ALGECIRAS	R			

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE

Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable: MARISELA BOLIVAR SILVA **Documento:** TI: 1076983030
Dirección de residencia: V. PINARES **Teléfono:**
Departamento: 41 HUILA **Ciudad:** 41020 ALGECIRAS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	sábado, 10 de junio de 2023	Fecha de Egreso:	sábado, 10 de junio de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	Servicio al que Remite	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	Especialidad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Modalidad Solicitud	REMISION	Motivo Remisión	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	Nivel al que Remite	3 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	19:10	Hora de Confirmación	
Quien Confirma?		Hora de Llegada	
Conductor		Placa Ambulancia	
Referencia a PyP	No asociado a P y P	Prioridad de la Remisión	Prioritaria

ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO
Motivo de la Consulta:

" ME ACCIDENTE "

His.Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 13 AÑOS QUE ES TRAJIDA ALA URGENCIAS EN AMBULANCIA INSTITUCIONAL AL LLAMADO POR REFERIR CC DE APROXIMADAMENTE 20 MIN DE EVOLUCION, POR DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA AL PARECER POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO.
 PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700
 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O HABER ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID
 PACIENTE YA CON INMUNIDAD PARA COVID 1 DOSIS

PACIENTE ES ATENDIDO CON TODOS LOS EPP EMITIDOS POR MINISTERIO DE SALUD

PATOLOGICOS

- NIEGA
 OTROS
 - NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS

REVISION X SISTEMAS

Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere

EXAMEN FÍSICO

*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias
 *Extremidades: Deformidad en region clavicular izquierda, limitacion *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada
 *Psiquiátrico: Normal

Presión Arterial: 90 / 65 //Frecuencia Cardiaca: 100 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 58 //Talla: 163 //I.M.C.: 21.8299521999323 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Conversación orientada	Obedece ordenes	15/ 15

10/jun/2023 00:01

Impreso por: JULIETH TATIANA MANCHOLA ROA

Folio 1 de 2

SIIGHOS PLUS ©

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (S420) FRACTURA DE LA CLAVICULA

Análisis Dx PACIENTE DE 13 AÑOS CON CC DE APROXIMADAMENTE 20 MIN DE EVOLUCION, POR DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA AL PARECER POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO. PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA, NIEGA TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O HABER ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID PACIENTE YA CON INMUNIDAD PARA COVID 1 DOSIS SE DECIDE DAR TRATAMIENTO INMEDIATO Y REVALORAR

SE RECIBE REPORTE DE RX DE CLAVICULA
FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA CAVALGADA

DADO AL CUADRO CLINICO Y AL REPORTE DE RX SE DECIDE COMENTAR A MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION ESPECIALIZADA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
SE EXPLICA A FAMILIAR SOBRE CONDUCTA A SEGUIR LA CUAL ENTIENDE Y ACEPTA

Diagnóstico por el cual se remite: S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE DE 13 AÑOS CON DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO. PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA, SE DA REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA

Resultados Exames

PACIENTE DE 13 AÑOS CON DOLOR EN REGION CLAVICULAR Y HOMBRO IZQUIERDO ASOCIADO A LIMITACION MEDIA POR TRAUMA DESPUES DE SER ENVESTIDA POR UN VEHICULO. PACIENTE QUIEN SE DIRIGIA EN CALIDAD DE CONDUCTORA EN MOTO DE PLACA EWA98G,, POLIZA # 8083137700 AL MOMENTO PACIENTE ALGICA,

SE RECIBE REPORTE DE RX DE CLAVICULA
FRACTURA DE TERCIO MEDIO DE CLAVICULA CAVALGADA

JHERSON ANDRES QUINTERO RA
 MEDICO GENERAL
 Registro Medico No. 83183073



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1.076.985.134
BARRAGAN BOLIVAR
 APELLIDOS
LUNA SOFIA
 NOMBRES

Luna Sofia Barragan Bolivar
 FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-2010
ALGECIRAS
 (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
30-ENE-2028
 FECHA DE VENCIMIENTO
06-ABR-2017 NEIVA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 ALVARO GALINDO VIGUA





P-1900100-00902958-F-1076985134-20170508 0055274985A 1 6874386134

6



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1076983030
NOMBRES	MARISELA
APELLIDOS	BOLIVAR SILVA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	ALGECIRAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/12/2023 14:38:23 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

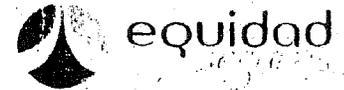
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

REGISTRACION MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 10
DECLARACION DE IMPORTACION 96262200004855	ME 09/06/2022	FECHA IMPORT. 0
LIMITACION A LA PROPIEDAD *****		
FECHA MATRICULA 12/07/2022	FECHA EXP. LIC. TTD. 12/07/2022	FECHA VENCIMIENTO *****
ORGANISMO DE TRÁMITO INST TTOYTTT DPTAL HUILA/RIVERA		
 LTOP001798461		

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE TRANSPORTE			
Licencia y Datos		LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10026594132	
PLACA EWAS9G	MARCA VICTORY	LÍNEA MRK150 PRO	MODELO 2023
CILINDRADA CC 149	COLOR NEGRO NEBULOSA VERDE	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERÍA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PS 2
NÚMERO DE MOTOR ZS157FMJ25N114403	RSG N	VIN 9GFJCKLH0PKF24232	
NÚMERO DE SERIE 9GFJCKLH0PKF24232	RSG N	NÚMERO DE CHASIS 9GFJCKLH0PKF24232	RSG N
PROPIETARIO(A) APELLIDOS Y NOMBRES GONZALEZ JIMENEZ MARTHA YERLENI		IDENTIFICACIÓN C.C. 1014218231	

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO



FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022-07-09
 VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2022-07-10
 HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2023-07-09

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJEVA	MODELO
8083137700	EWA98G	MOTOS	PARTICULAR	149	2023
PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO		CARRROCERIA	
2	VICTORY	MRX150 PRO			
No. MOTOR	No. CHASIS & No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD		
ZS157FMJ25N114403	9GFJCKLH0PKF24232	9GFJCKLH0PKF24232	0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GONZALEZ JIMENEZ, MARTHA YERLENI		3202690337	CC	1014218231	ALGECIRAS
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1501	00001	900160906090	0	CAMPOALEGRE	
TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT	AMPAROS POR	HASTA
120	\$ 364900	\$ 189700	\$ 1900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800
TOTAL A PAGAR				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
\$ 556500				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10
					SALARIO S MÍNIMOS LEGALES DIARIOS

FIRMA AUTORIZADA



A partir del 1 de enero de 2019

la exposición de pólizas

se realizará en un único formato en Colombia

Tú decides cómo llevarlo: digital o impreso

Pórtalo siempre, es obligatorio.

laequidadseguros

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

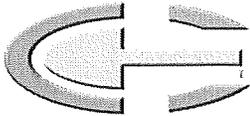
- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyge lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/10

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50932 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

HISTORIA No. 1076985134

GLOSA No: ZGL-1-41155

SINIESTRO: 50932

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 285892.00

JUSTIFICACION:

999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 285892.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA MARISELA BOLIVAR MADRE Y ACU...
LA MENOR DE EDAD Y VICTIMA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR Y NOS CORROBORA QUE LA
INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES COR...
SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA
OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

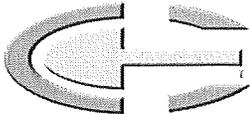
Cordial saludo

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

VALOR TOTAL FACTURA:	285.892.00
VALOR GLOSADO :	285892.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	285892.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

Recibido!
16 de Noviembre del 2023
20211435



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/10

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-50932 fechada el día 23.08.22 cuyo paciente es BARRAGAN BOLIVAR LUNA SOFIA

HISTORIA No. 1076985134

GLOSA No: ZGL-1-41155

SINIESTRO: 50932

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA 285892.00

JUSTIFICACION:

999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA 285892.00 DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONTACTO POR VIA TELEFONICA A LA SEÑORA MARISELA BOLIVAR MADRE Y ACUDIENTE LA MENOR DE EDAD Y VICTIMA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR Y NOS CORROBORA QUE LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONO EN LA DE CLARACION DEL SINIESTRO Y SOPORTES ANEXADOS ANTERIORMENTE ES CORRECTA, SI EXISTE PRUEBA DE LO CONTRARIO HACERLA LLEGAR CON LA OBJECCION, DE LO CONTRARIO CARECE DE FUNDAMENTOS LA OBJECCION Y SE CONVIERTE EN DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	285,892.00
VALOR GLOSADO :	285892.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	285892.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT		No. Egreso
			

No.	20196362	No.	172130	Siniestro	90711812	No. Factura	FEC150932		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	10/06/2023	Fecha aviso	01/08/2023	Fecha recepción	10/10/2023	
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	24/10/2023	Póliza	808313770	Vigencia	10/07/2022	hast	09/07/2023
Id tomador	1014218231	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1076985134	Nombre	LUNA SOFIA BARRAGAN BOLIVAR						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S420						Ciuda	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
-------	--------	---------------	---------------	---	---------	--------------	-----------

0	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA EN UNA MOTO MARCA C90 Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE UNA MOTO DE PROPIEDAD DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO QUE LO COLISIONA,	100%	285,892	285,892	0
---	-------	----------------	--	------	---------	---------	---

1001	Cobrado	285,892
1002	Obj. Parcial	285,892
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ELIZABETH.JIMENEZ			DRA. CLAUDIA MORENO.



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

Bogotá D.C. Octubre 24 de 2023.

OBJEQU-20196362-2023

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

Asunto:

Siniestro: 90711812
Afectado: LUNA BARRAGAN BOLIVAR
Poliza: AT 1501-8083137700-0
Factura: FEC150932

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula en calidad de Representante Legal, mediante el cual solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT indicada en el asunto, derivado de las atenciones prestadas al paciente LUNA BARRAGAN BOLIVAR, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 10/06/2023.

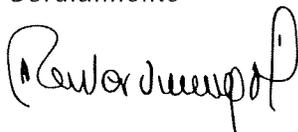
Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Una vez realizada la investigación por parte de esta Compañía de Seguros, se evidenció que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa EWA98G asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C., toda vez que, Se objeta por no cubierto soat teniendo en cuenta auditoria interna el lesionado refiere que se movilizaba en una moto marca C90 y es atendido con el soat de una moto de propiedad del conductor del vehiculo que lo colisiona, .

En consecuencia y con fundamento a las razones anteriormente expuestas, La Equidad Seguros Generales O.C., objeta la reclamación y declina la petición indemnizatoria.

Adjunto, encontrará los documentos originales aportados a la reclamación.

Cordialmente



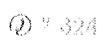
NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



SI YO CAMBIO
CAMBIA EL MUNDO

Línea Segura Nacional
11 27 01 919332



Síguenos en:

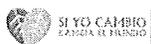








Elaboró: Grupo MOK
Revisado: Grupo MOK



Linea Segura Nacional
TEL: 02 919538

324



Síguenos en:



DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Luna Sofia Barragan Bolivar Documento de Identidad 1076985134
Edad 13 Sexo F Dirección Domicilio Vereda Pinar Ciudad Algeciras Teléfono 3142159032
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Luna Sofia Barragan Bolivar Documento de Identidad 1076985134
Edad 13 Sexo F Dirección Domicilio Vereda Pinar Ciudad Algeciras Teléfono 3142159032
Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Victory Placa EWA 986 Vehículo Moto
3.1 Aseguradora Equifax Póliza No. 808 31 37 300

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 10 JUNIO 23 Hora 17:20

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor <u>X</u>	
Ocupante _____	
Peatón _____	
<u>Carretera con cr. 6ta. las Mercedes.</u>	

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Marisela Bolivar declaro que Luna iba como conductora de moto con placa EWA 986, cuando es colisionada por otro vehículo y cae sufriendo lesiones personales.

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

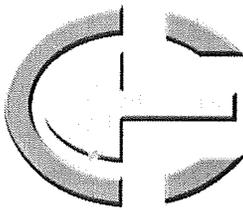
Yo Marisela Bolivar identificado con c.c. 1076983026 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1501 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 10 JUNIO 23 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima _____ Firma Acompañante Marisela Bolivar
Nombre _____ Nombre _____

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.



*No Somos Autoreteneedores de Renta
*Autoreteneedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.09.04, 09:08:58, 2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51198

Table with columns: ENTIDAD RESPONSABLE, TIPO CONTRATO, VIA DE INGRESO, DIRECCION, TELEFONO, ORDEN SS, CONTRATO/PLAN, REGIMEN, AUTORIZACION, FEC-HOR INGRESO, FEC-HORA EGRESO

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1075273534 RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL EDAD : 12 Años

DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA NEIVA TELEFONO: 3204133416

OBSERVACIONES:

Table header for COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

010101 GUANTE EXAMRN TALLA S 1 0 0

MEDICAMENTOS

19908969 ACETAMINOFEN 500 MG 31 250 7,750

IMAGENES DX

21101 MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO 2023.08.19 873206 JDP 1 62,800 62,800

21102 BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO 2023.08.19 873121 JDP 1 81,400 81,400

21701 CRANEO SIMPLE 2023.08.19 879111 JDP 1 622,600 622,600

OTROS

39145 CONSULTA DE URGENCIAS 2023.08.19 890701 JAB 1 73,400 73,400

39202 DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES 2023.08.19 S22101 MFA 1 26,400 26,400

Table with columns: VALOR BRUTO: 874,350 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 874,350

SON: OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.04 09:11:26 AM

Handwritten signature of the legal representative

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS LOS CASOS A LA FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D

Cufe: c6b92a3c2821efeb13c59494b37bc368fe21bcddecd49e

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F



Recibido!
CODIGO DEL COMERCIO 70.110.181-9
ma vigencia de: 12 Meses
000 10 de Octubre del 2023
4a263a8b4320
JJILL 20196367 451 - 0
A COLOMBIA S. A. S Nif. 900 390 126 - 6

Handwritten mark '17'

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:02:36 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151198

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
c6b92a3c2821efeb13c59494b37bc368fe21bcddec49e9feb5e
8f950383718dc929f45e1bf72309f87c4a263a8b4320

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
874350

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-10-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
73329b695933222feb73967a29cc60c1b002bd8bf6fe357d870f2
8aecbc136fe732b26f60738ceda1da8e24f6b1d8d0a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 09:11:26.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151198

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
c6b92a3c2821efeb13c59494b37bc368fe21bcddecd49e9feb5e
8f950383718dc929f45e1bf72309f87c4a263a8b4320

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
daf92e3c0fcf4422fb7d00ddfe3b0e526dc71a46d4dd770aafa096
c697fbc9c67da164bafb9e493808ced71eb20e7f14

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 02:13:38.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
dc4f18c134128e6b0d5cbd59af9fc16884dab7dee9c5fa663078
a8f3de8564939f4d61e6e976647fdb6da17ebb1d414

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-28 01:23:13.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151198

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
c6b92a3c2821efeb13c59494b37bc368fe21bcddec49e9feb5e
8f950383718dc929f45e1bf72309f87c4a263a8b4320

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
58a3823aa618c55154a43ba7f8efe7e3b5b4715e5803f47ba492
1bb9a14a47a4f23288a4f30451ad3edab5d4b6b44411

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-28 01:23:20.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1
NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

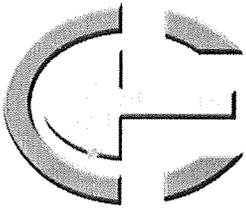
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.09.04, 09:08:58, 2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51198

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 164989
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.08.19 - 12:55 2023.08.19 - 15:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1075273534 RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL EDAD : 12 Años

DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA NEIVA TELEFONO: 3204133416

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

010101 GUANTE EXAMRN TALLA S 1 0 0

MEDICAMENTOS

19908969 ACETAMINOFEN 500 MG 31 250 7,750

IMAGENES DX

21101 MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO 2023.08.19 873206 JDP 1 62,800 62,800

21102 BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO 2023.08.19 873121 JDP 1 81,400 81,400

21701 CRANEO SIMPLE 2023.08.19 879111 JDP 1 622,600 622,600

OTROS

39145 CONSULTA DE URGENCIAS 2023.08.19 890701 JAB 1 73,400 73,400

39202 DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES 2023.08.19 S22101 MFA 1 26,400 26,400

VALOR BRUTO: 874,350 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 874,350

SON: OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.04 09:11:26 AM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: c6b92a3c2821efeb13c59494b37bc368fe21bcddec49e9feb5e8f950383718dc929f45e1bf72309f87c4a263a8b4320

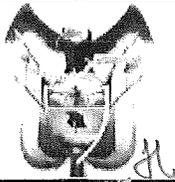
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

17

FACTURA:	51198	
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9		
ABONO	\$	251,750
GLOSA ACEPTADA	\$	-
SALDO	\$	622,600
 DIEGO A. RODRIGUEZ		
CARTERA		





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

ENT

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario: NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON No. Radicado: []
 Fecha Radicación: [][][][][][][][][] RG: []
 No. Radicado Anterior: [] Nro. Factura: FEC1- 51198
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG} \Cuenta de Cobro

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA
 Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er. Apellido o Razon Social: RIVERA 2do. Apellido: MONTAÑA
 1er. Nombre: JEAN 2do. Nombre: PAUL
 Tipo de Documento: [CC][CE][PA][TI][X][RC][AS][MS] No. Documento: 1075273534
 De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2011/07/21 Sexo: [F][M][X]
 Direccion: LOTE 104 PANORAMA
 Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3204133416
 Municipio: NEIVA Cod. 001
 Condicion del accidentado: [] Conductor [] Peaton [X] Ocupante [] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito [X]
 Naturales: Sismo [] Maremoto [] Erup. Volcanicas [] Huracén []
 Inundaciones [] Avalancha [] Desliz. de Tierra [] Incendio Natural []
 Terroristas: Explosión [] Masacre [] Mina Antipersonal [] Combate []
 Incendio []
 Otros [] Cual? [] Ataques a Municipios [] Desplazados []
 Direccion de la Ocurrencia: CARRERA 6 CON CALLE 35
 Fecha Evento/Accidente: 2023/08/19 Hora: 11:50
 Departamento: HUILA Cod. 41
 Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [U][X][R]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

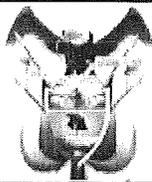
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA KGX33G QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR UNA RAMA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [] Vehi. Fantasma [] Póliza falsa [] Vehiculo en Fuga []
 Marca: VICTORY Placa: KGX33G
 Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [] Oficial [] Vehiculo de Emergencia []
 Vehiculo de Servicio diplomático o consultar [] Vehi. de transporte masivo [] Vehi. Escolar []
 Codigo Aseguradora: AT1501 intervencion de la Auto. Si [] No [X]
 Poliza SOAT No 8090629000 Cobro excedente Póliza Si [] No [X]
 Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/10/25 Hasta: 2023/10/24

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er. Apellido o Razon Social: GARCIA 2do. Apellido: SANCHEZ
 1er. Nombre: HECTOR 2do. Nombre: ANDRES
 Documento de identidad: [X][CC][CE][PA][NIT][TI][RC] No. Documento: 1003821449
 Direccion: LOTE 104 PANORAMA
 Departamento: HUILA Cod. 41
 Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3204133416 Total Folios: 0



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

PULIDO

NORAMBIL

1er.Apellido

2do.Apellido

WILFRAN

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC CE PA TI RC AS

No. Documento 1116205413

Dirección: LOTE 104 PANORAMA

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 3204133416

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión Orden servicio

Fecha de Remisión: / / a las

Prestador que remite: Código de inscripción: A

Dirección: Teléfono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptación: / / a las

Prestador que recibe: Código de inscripción:

Dirección: Teléfono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No.

Transporto la víctima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona:

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/08/19 a las 12:55 Fecha de Egreso: 2023/08/19 a las 15:44

Diagnostico presuntivo de Ingreso Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Ingreso Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso Diagnostico relacionado de Egreso

T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

JHOAN

ALBEIRO

1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

BAZAN

1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

1061724214

Número de Registro de Médico

1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	874350	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único numero 2.

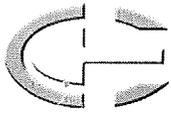
XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 59143

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

DOC.IDENT: TI 1075273534 SEXO: MASCULINO DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA
FCHA.NACTO: 2011.07.21 EDAD: 12 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3204133416
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.08.19 HORA DE INGRESO: 12:55
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.08.19 HORA DE EGRESO: 15:44
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.08.19-13:16:02 MEDICO: / (DRIA). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA KGX33G QUIEN PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR UNA RAMA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAÍDO POR AMBULANCIA DE CARE 7/24. VALORADO A LAS: 12+55 HORAS REFIERE QUE FUE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS. AHORA CON DOLOR EN CODO, RODILLA DERECHA Y CABEZA EN EL MOMENTO NIEGA OTROS TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRAR, NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**

NIEGA.

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 90/60 FC: 76 FR: 20 TEMP: 36.5 TALLA: 145 PESO: 45 IMC: 21 SATO2: 96 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

Normocéfalo, no deformidad DOLOR A LA PALPACION, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.

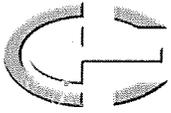
<<CUELLO>>

Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, no dolor a palpación ni a movilización pasiva ni activa.

<<TORAX>>

Tórax no signos de dificultad para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.

<<ABDOMEN>>



EPICRISIS No. 59143

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

DOC.IDENT: TI 1075273534 SEXO: MASCULINO DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA
FCHA.NACTO: 2011.07.21 EDAD: 12 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3204133416
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa

<<GENITOURINARIO>>

Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.

<<PELVIS>>

Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. DOLOR A LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD EN CODO Y RODILLA DERECHA. Resto de Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

<<NEUROLOGICO>>

Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 810 No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

<<PIEL>>

Sin lesiones.

<<FANERAS>>

Sin lesiones.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

**** PLAN DE MANEJO:**

PACIENTE VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VITALES ESTABLES CON MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE INDICA ANALGÉSICO, Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRÁ NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

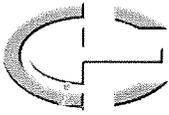
****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DAR 1 TAB VO AHORA, DOSIS ÚNICA., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

- DEJAR EN OBSERVACIÓN.
- DIETA NORMAL.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- REVALORAR.
- PREVENIR CAÍDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARÁMETROS NORMALES.

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.08.19-14:59:34 MEDICO: / (JEFE ENF. MFA - MARYURY FAJARDO ALARCON - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)**



EPICRISIS No. 59143

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

DOC.IDENT: TI 1075273534 SEXO: MASCULINO DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA
FCHA.NACTO: 2011.07.21 EDAD: 12 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3204133416
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 13:17 / 13:19 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARYURY FAJARDO ALARCON

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD+POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE ,JEFE DE TURNO ADMINISTRA 1GR ACETAMINOFEN X 500MG TABLETA VIA ORAL , SIN COMPLICACION ALGUNA

**** FECHA: 23.08.19-15:21:52 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.08.19-15:44:06 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO. AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE TOMA ESTUDIOS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 100/65 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 98% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

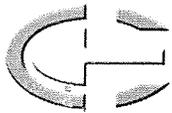
** PLAN DE MANEJO:

SALIDA CON:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 5 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: CUERVO.

1A



EPICRISIS No. 59143

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

DOC.IDENT: TI 1075273534 SEXO: MASCULINO DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA
FCHA.NACTO: 2011.07.21 EDAD: 12 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3204133416
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**** ORDENES MEDICAS:**

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL: 8.

- 1) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
- 2) EN ÁREAS DE CONTUSIÓN SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCIÓN, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
- 3) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACIÓN, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.
- 4) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
- 5) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
- 6) RECOMENDACIONES: GUARDAR REPOSO, NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS, NO TRASNOCHAR, NO ASOLEARSE
- 7) CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA: -DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS. -VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS. -TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE. - DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO). - PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN. - DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE. - ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO QUE EMPEORE (INESTABILIDAD, MAREO...). - VISIÓN DOBLE O BORROSA. -PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD. - CONVULSIONES. - APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ
- 8) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, CADA: 6 Hrs, DOSIS:
TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8 DÍAS.
, DURACION TRATAM: 8, VIA: ORAL

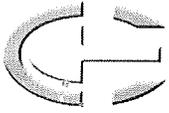
**** FECHA: 23.08.19-15:44:27 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.19-15:44:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS



EPICRISIS No. 59143

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

DOC.IDENT: TI 1075273534 SEXO: MASCULINO DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA
FCHA.NACTO: 2011.07.21 EDAD: 12 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3204133416
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO 1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO 2: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

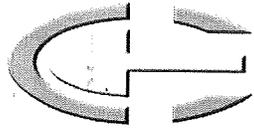
TIPO GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO



De Juan David Palomino Luna
Médico General
Unidad de Emergencias ES BUCARAME
R.M. 1075308140

DR@ JUAN DAVID PALOMINO LUNA
REG. MED: 1075308140



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 164989

Orden de Servicio N°mero: 180-1 -164989

Fecha 2023/08/19

Nombre Paciente: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

- 1075273534 **Edad:** 12

Sexo: M

Quien Realiza: MFA- MARYURY FAJARDO ALARCON

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagnósticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. T149-TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
4. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	MFA	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RECOMENDADOS POR EL MIN SALUD Y LA OMS VIGENTES EN LA NORMATIVIDAD PARA LA PANDEMIA COVID 19 Y POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD+POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE ,JEFE DE TURNO ADMINISTRA 1GR ACETAMINOFEN X 500MG TABLETA VIA ORAL , SIN COMPLICACION ALGUNA

PACIENTE: 1075273534 RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

EDAD: 12

DIRECCION: LOTE 104 PANORAMA

TELEFONO: 3204133416

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-58300

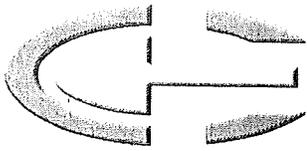
FECHA SINIESTRO: 2023.08.19

N° POLIZA: 8090629000

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 19 de agosto de 2023						
13:17:00	ACETAMINOFEN 500 MG	1.00	ORAL	DIA	MFA	
13:17:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 2.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

No. Identif. 1075273534

Edad. 12

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2023.08.19

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG

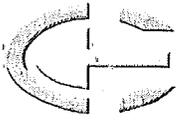
Cant.: 30.00

Joan Alberto Bazan C.
Medico y Cirujano
UNICA SCA
R.M. 1.061.724.214

MEDICO

FARMACIA

Wilfron Polo B
PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140-1 -192346

FECHA EMISION: 2023.08.19

HORA: 15:49:00

PAGINA No: 1

USUARIO: RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

FECHA DE PEDIDO: 2023/08/19

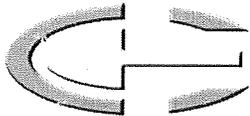
DOC.IDENT: TI 1075273534 CAMA: -

ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

MEDICO: Dr. JHOAN ALBEIRO BAZAN

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
TOTAL CANTIDAD:			30.00
<p><i>Rivera Polido</i> Reçibido Paciente</p>			



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.29

HORA: 15:42:19

PAGINA No: 1

Numero: 81897 Fecha Ex. 19/08/23 Hora 09:00

Nombre Paciente: 1075273534 RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

Dirección: LOTE 104 PANORAMA

Telefono: 3204133416 Edad: 12 A Sexo: M

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo derecho y placa lateral en flexión de 90° observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.

Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.

Ligero edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se advierten alteraciones.

No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.

Las cavidades aéreas observadas en los planos basales tienen transparencia normal.

En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.

Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.

No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.

La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.

No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.

No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

CONCLUSION

ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:

Dentro de límites normales.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

 <p>CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila</p>	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 19-8-2023

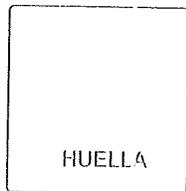
Señores: Español
 Ciudad: Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Wilson Pulido identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Juan Paul Rivera, con identificación No. 103523334, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero AUTORIZACIÓN especial al representante Legal de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Español, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTEL , EPS .

Atentamente

Paciente



Acudiente o Representante



Firma
 Nombre:
 c.c.

Wilson Pulido
 Firma
 Nombre:
 c.c.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.116.205.413

PULIDO NORAMBIL

APELLIDOS

WILFRAN

NOMBRES

WILFRAN PULIDO

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.075.273.534

RIVERA MONTAÑA

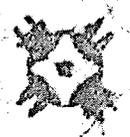
APELLIDOS

JEAN PAUL

NOMBRES

Jean Paul Rivera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ENE-2004

CURILLO
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

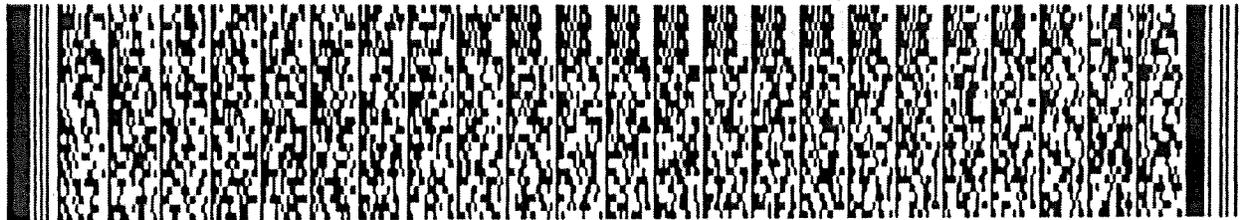
G.S. RH

M

SEXO

15-FEB-2022 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1900150-01296974-M-1116205413-20220511

0079285796A 1

8504135869



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

21-JUL-2011

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-JUL-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

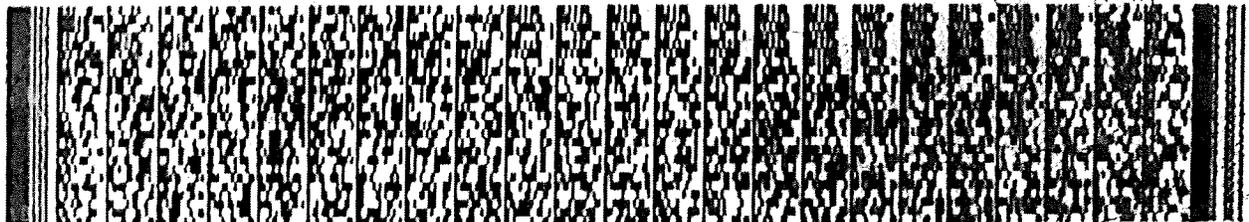
G S RH

M

SEXO

01-MAR-2019 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA

P-1900100-01087236-M-1075273534-20190724

0066821495A 2

6695370944



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10027536916

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KGX33G	VICTORY	MRX125	2023
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
124	GRIS GRAFITO NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
ZS152FMI55N300475	N	9GFJCJLJ1PKH29426	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GFJCJLJ1PKH29426	N	9GFJCJLJ1PKH29426	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
GARCIA SANCHEZ HECTOR ANDRES	C.C. 1003821449		

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

I/E FECHA IMPORT.

PUERTAS

902022000140549

I 29/08/2022

0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

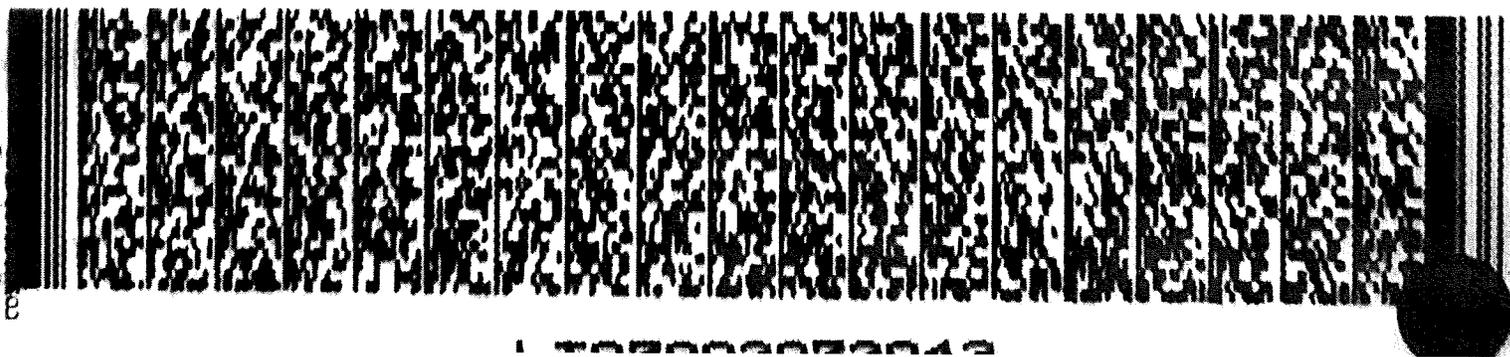
FECHA VENCIMIENTO

25/10/2022

25/10/2022

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



902022000140549



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	KGX33G	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027536916	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	MRX125
MODELO:	2023	COLOR:	GRIS GRAFITO NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFJCJLJ1PKH29426	NÚMERO DE MOTOR:	ZS152FMI55N300475
NÚMERO DE CHASIS:	9GFJCJLJ1PKH29426	NÚMERO DE VIN:	9GFJCJLJ1PKH29426
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	25/10/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

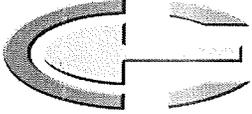
Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8090629000	24/10/2022	25/10/2022	24/10/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/11

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-51198 fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

HISTORIA No. 1075273534

GLOSA No: ZGL-1-41232

SINIESTRO: 51198

>> ITEM GLOSADO 1: S01-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 622600.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

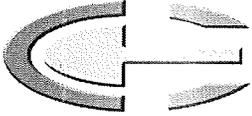
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA PACIENTE PRESENTA EN CABEZA DOLOR A LA PALPACION, Y CEFALEA 8/10 EPICRISIS (PAGINA 2). SE ACLARA QUE EL ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC REALIZADO, ADEMAS TENGAN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIO DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

Recibido!

16 de Noviembre del 2023

20211436





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/11

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-51198 fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es RIVERA MONTAÑA JEAN PAUL

HISTORIA No. 1075273534

GLOSA No: ZGL-1-41232

SINIESTRO: 51198

>> ITEM GLOSADO 1: S01-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

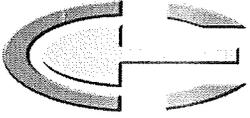
108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 622600.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA EN CABEZA DOLOR A LA PALPACION, Y CEFALEA 8/10 EPICRISIS (PAGINA 2). SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC REALIZADO, ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

VALOR TOTAL FACTURA:	874,350.00
VALOR GLOSADO :	622600.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	622600.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT	No. Egreso
RECIBIDO 08 NOV 2023		

No.	20196367	No.	174724	Siniestro	90714933	No. Factura	FEC151198		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	19/08/2023	Fecha aviso	28/08/2023	Fecha recepción	10/10/2023	
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	809062900	Vigencia	25/10/2022	hast	24/10/2023
Id tomador	1003821449	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075273534	Nombre	JEAN PAUL RIVERA MONTAÑA						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S500						Ciuda	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
-------	--------	---------------	---------------	---	---------	--------------	-----------

1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE 21701 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS.	100%	622,600	622,600	0
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	62,800	0	62,800
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	81,400	0	81,400
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	7,750	0	7,750

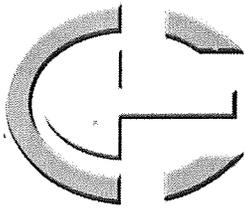
1001	Cobrado	874,350
1002	Obj. Parcial	622,600
1003	Liquidado	251,750

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YERALDINE.MERCADO			DRA. CLAUDIA MORENO.



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.09.04, 09:27:47, 2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51200

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 165044
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.08.20 - 20:54 2023.08.21 - 10:38

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1083872771 LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE EDAD : 17 Años
DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41 PITALITO TELEFONO: 3209252408
OBSERVACIONES:

Table header: COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

Main table with columns: ESTANCIAS, MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, MEDICAMENTOS, IMAGENES DX, OTROS. Includes rows for hospital stays, medical materials, and medications.

Summary table: VALOR BRUTO: 2,510,792 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 2,510,792

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.
Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.04 09:30:17 AM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL Aceptada, LA ENTIDAD FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS:
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D

Cufe: 79bb9f1ced3ce656ef720745f52a1cf99e3f120ccaffbe
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F



Recibido!
CODIGO DE CONTROL: 90.110.181-9
una vigencia de: 12 Meses
1000 10 de Octubre del 2023
707eafa85c99
JJILL 20196369 51 - 0
(COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

21

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:03:07 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151200

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
79bb9f1ced3ce656ef720745f52a1cf99e3f120ccaffbee52598073
758dc9dabd63ac1fda0f0bdef93e0707eafa85c99

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2510792

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-10-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
dd981a04611ae47b49c836aa989ba2d39c47ef5444568dce462
4b093702e0062c3c0ae159be2d77abd5b0f46aca67537

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 09:30:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151200

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
79bb9f1ced3ce656ef720745f52a1cf99e3f120ccaffbee52598073
758dc9dabd63ac1fda0f0bdef93e0707eafa85c99

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
494362292934acb0274a2b4edddf711c87033d31172e6c630c3
d4e85fc140afe2b3a596b63e9df462c59593536e29a21

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 02:34:39.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
d995c6ece4bc5cb19ea6e1d31e2e03046c52f87a500e36c5a1b
20db2d01bf4d5d5a9548b2ceb43515bef52d129114b45

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-28 01:21:50.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151200

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
79bb9f1ced3ce656ef720745f52a1cf99e3f120ccaffbee52598073
758dc9dabd63ac1fda0f0bdef93e0707eafa85c99

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
d27c9a5c177c9b719b4c35c67c913469fee2837ccb3e91fd3e73
2070b8f438f2a847cd177f4413bae337e3662a51c4c9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-28 01:21:57.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

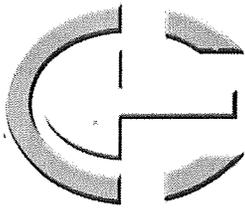
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA ,2023.09.04, 09:27:47, 2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51200

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 165044
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.08.20 - 20:54 2023.08.21 - 10:38

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1083872771 LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE EDAD : 17 Años
DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41 PITALITO TELEFONO: 3209252408
OBSERVACIONES:

Table header: COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

Main table listing medical services and materials with columns for description, date, code, and prices.

Summary table: VALOR BRUTO: 2,510,792 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 2,510,792

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.
Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.04 09:30:17 AM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL Aceptada, LA ENTIDAD FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABLES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 79bb9f1ced3ce656ef720745f52a1cf99e3f120ccaffbee52598073758dc9dabd63ac1fda0f0bdef93e0707eafa85c99
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

21

FACTURA:	51200
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ 505,392
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 2,005,400
 DIEGO A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario **NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON** No. Radicado _____
 Fecha Radicación:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 RG _____
 No. Radicado Anterior _____ Nro. Factura \Cuenta de Cobro **FEC1- 51200**
 {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA**
 Codigoo Habilitacion: **410010046601** Nit: **8001101819**

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

LUNA **MUÑOZ**
 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
JUAN **FELIPE**
 1er.Nombre 2do.Nombre
 Tipo de Documento:

CC	CE	PA	TI	RC	AS	MS
----	----	----	----	----	----	----

 No. Documento: **1083872771**
 De: **41551** Fecha de Nacimiento: **2005/09/15** Sexo: F M
 Dirección: **CALLE 25 SUR N 2 41**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41** Telefono: **3209252408**
 Municipio: **PITALITO** Cod. **551**
 Condicion del accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Transito
 Naturales: Sismo Maremoto Erup. Volcanicas Huracón
 Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural
 Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados
 Dirección de la Ocurrencia: **VIA RURAL PLAN DEL LIMON DE PAICOL**
 Fecha Evento/Accidente: **2023/08/20** Hora: **14:30**
 Departamento: **HUILA** Cod. **41**
 Municipio: **PAICOL** Cod. **518** Zona: U R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
 PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DEL VEHICULO TIPO AUTOMOVIL CON PLACA IKT644 QUIEN POR FALLAS MECANICAS , SE BLOQUEO LA DIRECCION SE VOLCAN Y SUFREN LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. No Aseg. Vehi. Fantasma. Póliza falsa Vehiculo en Fuga
 Marca: **HYUNDAI** Placa: **IKT644**
 Tipo de Servicio: Particular Publico Oficial Vehiculo de Emergencia
 Vehiculo de Servicio diplomático o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar
 Codigoo Aseguradora: **AT1501** intervencióon de la Auto. Si No
 Poliza SOAT No **80938 14900** Cobro excedente Póliza Si No
 Vigencia de la Poliza: Desde: **2022/11/19** Hasta: **2023/11/18**

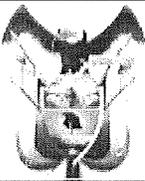
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CHICUE **RODRIGUEZ**
 1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
LUIS **GABRIEL**
 1er.Nombre 2do.Nombre
 Documento de identidad:

CC	CE	PA	NIT	TI	RC
----	----	----	-----	----	----

 No. Documento **12263839**
 Dirección: **CALLE 25 SUR N 2 41**
 Departamento: **BOGOTA D.C.** Cod. **11**
 Municipio: **BOGOTA D.C.** Cod. **003** Telefono: **3209252408** Total Folios: **0**

23



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

LUNA	MUÑOZ
1er.Apellido	2do.Apellido
JUAN	FELIPE
1er.Nombre	2do.Nombre
Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS	No. Documento 1083872771
Dirección: CALLE 25 SUR N 2 41	
Departamento: HUILA	Cod. 41
Municipio: PITALITO	Cod. 551
	Teléfono: 3209252408

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisión <input checked="" type="checkbox"/>	Orden servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión:	2023/08/20 a las 18:06	
Prestador que remite:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTA ROSA DE LIMA PAICOL	Código de inscripción: 415180047501
Dirección:	CALLE 3 CON CARRERA 7 ESQUINA	Teléfono: 8378037 HUILA-PAICOL
Profesional que Remite:	CARLOS ALBERTO DIAZ QUINTERO	Cargo: MEDICO GENERAL
Fecha de Aceptación:	2023/08/20 a las 18:21	
Prestador que recibe:	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA	Código de inscripción: 410010046601
Dirección:	CALLE 18 N 6-65	Teléfono: 8756349 HUILA-NEIVA
Profesional que recibe:	JHOAN ALBEIRO BAZAN	Cargo: MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No. _____

Transporte a la víctima desde: _____ Hasta: _____

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la víctima Zona: U R

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso:	2023/08/20 a las 20:54	Fecha de Egreso:	2023/08/21 a las 10:38
Diagnostico presuntivo de Ingreso		Diagnostico presuntivo de Egreso	
Diagnostico definitivo de Ingreso	S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE	Diagnostico definitivo de Egreso	S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE
Diagnostico relacionado de Ingreso	T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	Diagnostico relacionado de Egreso	T149 TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

JHOAN	ALBEIRO
1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante
BAZAN	
1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
Tipo Documento: <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento 1061724214
	Número de Registro de MÚdico 1061724214

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2510792	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único número 2.

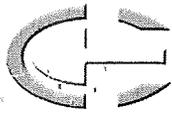
XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 59174

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

DOC.IDENT: TI 1083872771 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41
FCHA.NACTO: 2005.09.15 EDAD: 17 A CIUDAD: PITALITO TEL: 3209252408
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.08.20 HORA DE INGRESO: 20:54
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.08.21 HORA DE EGRESO: 10:38
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO2: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

**** DEL INGRESO ****

** FECHA: 23.08.20-21:17:36 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DEL VEHICULO TIPO AUTOMOVIL CON PLACA IKT644 QUIEN POR FALLAS MECANICAS , SE BLOQUEO LA DIRECCION SE VOLCAN Y SUFREN LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIIDO POR AMBULANCIA DE DE PRIMER NIVEL: PAICOL VALORADO A LAS: 20+54 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 20/08/2023 SIENDO APROXIMADAMENTE LAS 12 : 40 HORAS. SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER, CONSULTA A PRIMER NIVEL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL CON: TRAMADOL REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO, TOMA DE ESTUDIOS Y VALORACION POR NEUROCIRUGIA . AHORA CON MULTIPLES TRAUMAS Y DOLOR, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, RECUERDA EL EVENTO.

NOTA: PACIENTE NIEGA FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIFICULTA PARA RESPIRAR NIEGA CONTACTO CON PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
NIEGA.

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 110/70 FC: 85 FR: 18 TEMP: 36.9 TALLA: 174 PESO: 75 IMC: 25 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

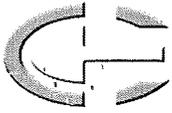
Normocéfalo, no deformidad DOLOR A LA PALPACION, conjuntivas húmedas, rosadas, escaleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara EQUIMOSIS EDEM PALPEBRAL Y HEMICARA DERECHA.

<<CUELLO>>

Cuello móvil sin masa, no ingurgitación yugular, DOLOR A LA PALPACION

<<TORAX>>

Tórax no signos de dificultad para respirar, no lesiones físicas externas, no dolor a palpación, No deformidad. Corazón rítmico sin soplos. Pulmones murmullo vesicular presente, en campos pulmonares. No ruidos sobre-agregados.



EPICRISIS No. 59174

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

DOC.IDENT: TI 1083872771 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41
FCHA.NACTO: 2005.09.15 EDAD: 17 A CIUDAD: PITALITO TEL: 3209252408
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

<<ABDOMEN>>

Abdomen, sin evidencia de trauma externo. No distendido, peristaltismo presente y normal. No dolor a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masa

<<GENITOURINARIO>>

Diuresis y deposición a voluntad. No alteración física evidente no signos externos de trauma. No dolor.

<<PELVIS>>

Pelvis estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. VENA CANALIZADA EN MANO IZQUIERDA Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

<<NEUROLOGICO>>

Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. CEFALEA 8/10 No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

<<PIEL>>

Sin lesiones.

<<FANERAS>>

Sin lesiones.

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

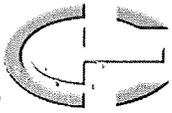
**** PLAN DE MANEJO:**

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE: 8 HORAS, REMITIDO DE PRIMER NIVEL, CON MULTIPLES TRAUMAS POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, POR NECESIDA DE MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, VIGILANCIA Y VALORACION POR ESPECIALISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACION, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO, VIGILANCIA MEDICA, Y VALORACION POR ESPECIALISTA.
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.



EPICRISIS No. 59174

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

DOC.IDENT: TI 1083872771 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41
FCHA.NACTO: 2005.09.15 EDAD: 17 A CIUDAD: PITALITO TEL: 3209252408
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VALORACIÓN POR NEUROCIRUJANO.
- VIGILANCIA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.08.20-21:46:31 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES.

TAC DE CARA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

TAC MAXILAR INFERIOR: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LUXACION.

**** FECHA: 23.08.21-07:07:29 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 120/70 FR: 18 T: 36.5, P: 71 SATO2: 95% GLASGOW 15/15. ANÁLISIS: PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE TOLERANDO VÍA ORAL. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR PRESENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:

PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

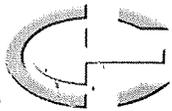
**** FECHA: 23.08.21-09:12:16 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO HACE EL DIA DE AYER, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (CARRO), ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE 1ER

18



EPICRISIS No. 59174

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

DOC.IDENT: TI 1083872771

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41

FCHA.NACTO: 2005.09.15

EDAD: 17 A

CIUDAD: PITALITO

TEL: 3209252408

EST.CIVIL: SOLTERO

RH: O+

NIVEL QUE REMITE A NUESTRA INSTITUCION

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN HEMICARA DERCHA

GLASGOW 15

TAC CEREBRAL: NORMAL

IDX: TRAUMA DE CRANEO

CONMOCION CEREBRAL

ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO

PLAN: SALIDA POR NEUROCIRUGIA

ANALGESICOS

RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

**** FECHA: 23.08.21-10:38:50 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CONTUSION CEREBRAL + TEC LEVE ACTUALMENTE ESTABLE CON MODULACION DEL DOLOR CON MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADA, ALERTA ORIENTADO. GLASGOW 15. SIN LIMITACIONES POR LO QUE ES VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN CONSIDERA DAR SALIDA CON MANEJO. ANALGESICO Y CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** MEDICAMENTOS:**

SALIDA

IBUPROFENO 400MG VO CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN X 500 MG V.O CADA 6 HORAS

CITA CONTROL CON NEUROCIRUGIA 15 DIAS

INCAPACIDAD POR 3 DIAS

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

**** OTROS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON NEUROCIRUGIA . DR ORTIZ

MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

**** ORDENES MEDICAS:**

RECOMENDACIONES GENERALES

-TOMAR MEDICAMENTOS ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIOS COMO SE DESCRIBE EN ORDEN MEDICA

-MANTENER EXTREMIDADES Y ZONAS AFECTADAS EN REPOSO.

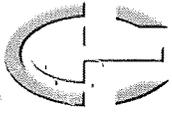
-COLOCAR HIELO O FRIO EN ZONAS AFECTADAS PARA CONTROLAR INFLAMACION.

-GUARDAR REPOSO ABSOLUTO DURANTE EL TIEMPO DICTAMINADO DE INCAPACIDAD

SIGNOS DE ALARMA

ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA CUALQUIERDA DE LOS SIGUIENTES:

17



EPICRISIS No. 59174

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

DOC.IDENT: TI 1083872771 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41
FCHA.NACTO: 2005.09.15 EDAD: 17 A CIUDAD: PITALITO TEL: 3209252408
EST.CIVIL: SOLTERO RH: O+

- FIEBRE >38° - CEFALEA INTENSA - MAREO PERSISTENTE
- CALOR LOCAL INTENSO EN ZONAS AFECTADAS
- DOLOR INTENSO NO TOLERABLE EN ZONAS AFECTADAS
- MALESTAR GENERAL INTENSO CON DECAIMIENTO Y DEBILIDAD MARCADA
- SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, MAL OLOR, MAL ASPECTO Y DOLOR DE HERIDAS
- DIFICULTAD RESPIRATORIA O DOLOR TORACICO
- PERDIDA DE CONCIENCIA O CONVULSIONES
- SE DAN FOLLETOS Y PREVIA RECOMENDACIONES.

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 6H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.08.21-10:39:09 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.21-10:38:53 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

CONFIRMADO: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

RELACIONADO 1: T149 - TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO

RELACIONADO 2: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

TIPO GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico Cirujano
UNICAJCA
RM. 051.724.214

DR@. JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214

PACIENTE: 1083872771 LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

EDAD: 17

DIRECCION: CALLE 25 SUR N 2 41

TELEFONO: 3209252408

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: CIRUGIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-58328

FECHA SINIESTRO: 2023.08.19

N° POLIZA: 8093814900

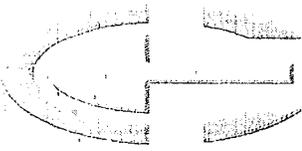
HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 20 de agosto de 2023						
21:18:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
21:18:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
21:18:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
21:18:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
21:18:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	DANI	
21:18:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	DANI	
21:18:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 11.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 21 de agosto de 2023						
05:18:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	VAC1	
05:18:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
05:18:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
05:18:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	VAC1	
05:18:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
09:18:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 8.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

419

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

No. Identif. 1083872771

Edad. 17

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2023.08.21

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG

Cant.: 20.00 TOMAR 1 TAB CADA 6H

* IBUPROFENO 400 MG TAB

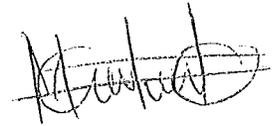
Cant.: 20.00 TOMAR 1 TAB CADA 8H


Dr. Heber Romero C.
Médico CLRN
C.C. 1047454173

MEDICO

FARMACIA

PACIENTE





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140-1 -192467

FECHA EMISION: 2023.08.21

HORA: 10:43:15

PAGINA No: 1

USUARIO: LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

FECHA DE PEDIDO: 2023/08/21

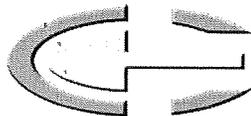
DOC.IDENT: TI 1083872771 CAMA: -

ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

MEDICO: Dr. HEIDER JOSE ROMERO CASARES

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
TOTAL CANTIDAD:			40.00
<hr/> Recibido Paciente			



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.29

HORA: 15:37:24

PAGINA No: 1

Numero: 81930 Fecha Ex. 20/08/23 Hora 08:31

Nombre Paciente: 1083872771 LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

Dirección: CALLE 25 SUR N 2 41

Telefono: 3209252408 Edad: 17 A Sexo: F

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna cervical observándose rectificación y tendencia de la lordosis fisiológica cervical que sugiere estar relacionada con espasmos muscular.

Los cuerpos vertebrales tienen altura usual.

Hay una ligera disposición angulada del cuerpo de la quinta vertebra cervical y se anota discreta sifosis localizada en C4 C5.

No se advierte otras alteraciones.

La articulación atlóido odontoidea no muestra alteraciones.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se anota alteraciones.

No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.

En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.

La cisterna de la base el sistema ventricular cortical presenta morfología disposición y volúmenes usuales.

No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.

La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.

No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.

No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

Como hallazgos incidentales se advierte nuevamente focos hiperdensos en el hemisferio cerebral izquierdo aérea parasagital.

CONCLUSION

ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:

Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.

Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.

El contenido de las orbitas esta conservado.

El puente nasal y el septum óseo no muestran alteraciones.

El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.

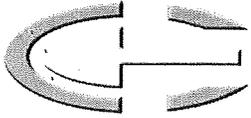
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.

Hay extenso engrosamiento de la mucosa del seno maxilares de predominio izquierdo.

Ligero edema de los tejidos blando de la hemicara derecha.

Sin otros hallazgos asociados.

TAC MAXILAR INFERIOR



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.29

HORA: 15:37:24

PAGINA No: 2

Numero: 81930 Fecha Ex. 20/08/23 Hora 14:38

Nombre Paciente: 1083872771 LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

Dirección: CALLE 25 SUR N 2 41

Telefono: 3209252408 Edad: 17 A Sexo: F

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo los diferentes segmentos del maxilar inferior.

HALLAZGOS:

Hay imagen sugestiva de pequeños osteomas sobre la rama horizontal derecha en su aspecto superior para controlar.

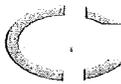
El resto del examen del maxilar inferior para la sínfisis las ramas horizontales los ángulos del maxilar inferior las ramas ascendentes las articulaciones temporo mandibulares presentan características conservadas.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

 <p>CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila</p>	<p>COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>VERSIÓN: 3</p>
		<p>CÓDIGO:</p>
		<p>PÁGINA: 1 DE 1</p>

Neiva, 20/08/13

Señores

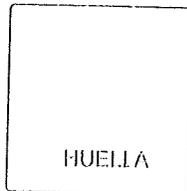
Esquidad
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Johan Hurtado identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Johan Hurtado, con identificación No. 658387271, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero AUTORIZACIÓN especial al representante Legal de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Esquidad; producio de las atenciones prestadas desde BOGOTÁ a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

Atentamente

Paciente



Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

[Handwritten Signature]



Firma
Nombre:
c.c. 1192353269

ESE SANTA ROSA DE LIMA PAICOL-HUILA REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE SANTA ROSA DE LIMA PAICOL-HUILA	A: OTRA INSTITUCIÓN
CÓDIGO: 813011027	ESE SANTA ROSA DE LIMA
MUNICIPIO: PAICOL	
FECHA SOLICITUD: 20/08/2023	ESPECIALIDAD SOLICITANTE: MEDICINA GENERAL
EVENTO: 2.ACCIDENTE DE TRANSITO	
SERVICIO QUE REMITE: URGENCIAS	MOTIVO DE REMISIÓN: REQUIERE OTRO NIVEL D
SERVICIO AL QUE REMITE: AMBULATORIO	

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: TI 1083872771	Paciente LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE
Fecha Nacimiento: 15/09/2005	Edad: 17 año(s) Sexo: MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* HUILA* PAICOL	
Responsable del Paciente	

Residencia Actual: PAICOL L HUILA

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

SERVICIOS SOLICITADOS

VALORACION POR ESPECIALIDAD NEUROLOGIA + TOMA DE AYUDAS IMAGENOLOGICAS TAC

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: Y890 PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO, DE VEHICULO DE MOTOR NO ESPECIFICADO

OBSERVACIONES

HORA :16+15 DEL 20/08/2023
 IIDX ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR 2- TCL LEVE - MODERADO ? TRAUMA DE HEMICARA DERECHA
 SE TRATA DE MASCULINO DE 17 AÑOS DE EADD SIN APP DE IMPORTANCIA EN CALIDAD DE CONDUCTO DE VEHICULO (CARRO) CON CUADRO CLINICO Y HALLAZGO SDESCRITOS IDX ANOTADO AL MOEMNTO HEMODINAMICAMENMTE ESTABEL ALGIDO DES/10 A NIVEL DE HEMICARA DERECHA AL MOMENTO ACTIVO REACTIVO ALERTA SE EXPLICA CUADRO CLINICO REFIERE ENTENDER Y COMPRENDER Y SE INGRES PARA MANEJO DEL DOLOR Y TRAMITES E REMISON PARA VALORAICON NEUROLOGIA + TOMA DE AYUDAS IMAGENOLOGICAS TAC PARA DEFINIR CONDUCTAS

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Consulta 20/08/2023 04:07 PM - CARLOS ALBERTO DIAZ QUINTERO - MEDICINA GENERAL

Datos Generales

Fecha: 20/08/2023

Hora: 16:06

Historia: 1083872771

Nombre: JUAN FELIPE LUNA MUÑOZ

Edad: 17 Años

Sexo: Masculino

Natural de: HUILA

REMISIÓN DE PACIENTES

Estado Civil: Soltero
 Telefono: 3209252408
 Direccion: PITALITO
 ARS:SOAT
 Tipo de afiliación: OTRO

Datos del Acompañante
 Acompañante: MIEL ALANGUEL CHAUX
 Parentesco: AMIGO

El paciente llega por sus propios Medios?
 No:SI
 Cual: AMBULANCIA

Estado en el que llegó el paciente
 Consciente:SI

Notificación Policía
 No:SI

Notificación Familiar
 Si:SI

En caso de Violencia Accidente o Intoxicación
 Causa: ACCIDENTE TRANSITO
 Sitio de Ocurrencia: PLAN EL LIMON

Datos de la Consulta
 Finalidad de la Consulta: 10.NO APLICA
 Causa Externa: 2.ACCIDENTE DE TRANSITO
 Motivo de la Consulta:MC EL CARRO SE ME RESVALO EN UNA CURVA Y ME VOLQUE
 Enfermedad Actual:EA MASCULINO DE 17 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA QUIEN INGRESA MADIANTE AMBULANCIA DE ESTA CASA DE SALUD POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN HORAS DE LAS 14+.30 PM DEL DIA 20/08/2023 EN VIA RURAL PLAN DEL LIMON DE PAICOL HUILA EN CALIDAD DE CONDUCTOR CUANDO ESTE PIERDE EL CONTRO DEL VEHICULO : EL CARRO SE ME RESVALO EN UNA CURVA Y LA DIRECCION SE BLOQUEO Y DIMOS DOS VUELTAS CON POSTERIOR HERIDA TIPO TRAUMA ANIVEL DE HEMICARA DERECHA+ DOLOR DE 8/10 * NO RECUERDO SI PEDIO EL ESTADO DE ALERTA PUS TODO PASO SUPER RAPIDO ASU INGRESO PACIENTE ALGIDO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE
 SE EXPLICA CUADRO CLINICO REFIERE ENTENDE RY COMPRENDER Y SE DECIDE INGRESO PARA MANEJO INTEGRAL Y DEFINIR CONDUCTAS

Antecedentes
 Patologicos:- NIEGA
 Quirurgicos:- - NIEGA
 Farmacologicos:- - NIEGA
 Toxicos:- - NIEGA
 Transfucionales:- - NIEGA
 Alergicos:- - NIEGA
 Inmunologicos:- - NIEGA
 Epidemiologicos:- NIEGA
 Venereas:- NIEGA
 Familiares:- - NIEGA
 Otros:- NIEGA

Estado General
 Bueno:SI

Estado de Conciencia
 Alerta:SI

Escala de Glasgow
 Ocular:4

REMISIÓN DE PACIENTES

Verbal:5
 Motriz:6
 Total:15

Signos Vitales y Datos Corporales

TA: 110/70
 FC:75.00
 FR(min):20.00
 Temperatura:36.50
 SATO2:98
 Peso(Klg):75.00
 Talla(cm):1.75
 IMC:24.49

Hallazgos

Cabeza:NORMOCEFALA
 HEMICARA DERECHA PRESENCIA DE LESION TIPO LACERACION MAS EDEMA GRADO I
 Ojos:PARPADO SUPEIRO EDEMA GRADO I
 ORL:MUCOSAS LABIO SUPEIOR EDEMA
 Cuello:NO ADENOPATIAS
 Torax:SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE
 CP:CLAROS VENTILADOS RS CS RITMICOS
 Abdomen:BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS
 Pelvis:INTEGRA
 Extremidades:SIMETRICA MOVILES NO EDEMA
 GU:SIN ALTERAICONES
 Neurologico:NO SIGNOS DE FOCALIZAICON NO MENINGEA
 Columna:INTEGRA
 Piel y Fancas:SIN ALTERAICONE S
 Psiquiatrica:ORIENTADO EN SU STRES ESFERAS

Impresion Diagnostico

Dx. Principal: V890-PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE NO DE TRANSITO* DE VEHICULO DE MOTOR NO ESPECIFICADO

Dx. Relacionado 1: S098-OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA* ESPECIFICADOS

Tipo de Diagnostico Principal: 1.IMPRESION DIAGNOSTICA

Comentarios:HORA :16+15 DEL 20/08/2023

IIDX ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR 2- TCL LEVE - MODERADO ? TRAUMA DE HEMICARA DERECHA

SE TRATA DE MASCULINO DE 17 AÑOS DE EADD SIN APP DE IMPORTANCIA EN CALIDAD DE CONDUCTO DE VEHICULO (CARRO) CON CUADRO CLINICO Y HALLAZGO SDESCRITOS IDX ANOTADO AL MOEMNTO HEMODINAMICAMENMTE ESTABEL ALGIDO DE8/10 A NIVEL DE HEMICARA DERECHA AL MOMENTO ACTIVO REACTIVO ALERTA SE EXPLICA CUADRO CLINICO REFIERE ENTENDER Y COMPRENDER Y SE INGRES PARA MANEJO DEL DOLOR Y TRAMITES E REMISON PARA VALORAICON NEUROLOGIA + TOMA DE AYUDAS IMAGENOLOGICAS TAC PARA DEFINIR CONDUCTAS

Conducta

Plan:INGRESO AREA DE OBSERVACION

NPO

CAMILLA 45 GRADOS

SS 09 % 100 ML IV HIORA

TRAMAL AMP 50 MG IV DU LENTA Y DILUDA EN 100 ML DE SS09 %

TRAMITES DE REMISON PARA VALORACION NEUROLOGIA

TOMA DE AYUDAS IMAGENOLOGICAS TAC

HOJA NEUROLOGICA CADA 15 MINUTOS POR UNA HORA

CSV

INFORMAR NOVEDADES

Salida del paciente

Fecha: 20/08/2023

Hora: 16:06

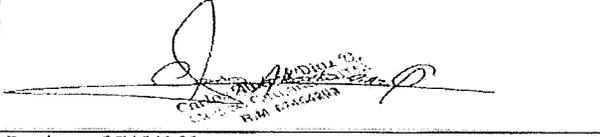
Condición del paciente: VIVO

REMISIÓN DE PACIENTES

Destino: REMITIDO A OTRA INSTITUCION

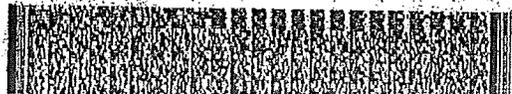
Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: CARLOS ALBERTO DIAZ QUINTERO

Firma



Registro 87454293


 FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-2005
 PITALITO (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 15-SEP-2023 O+ M
 FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
 17-OCT-2012 PITALITO
 FECHA Y LUGAR DE EMISION
 REGISTRO NACIONAL
 ALIADO VITALICIA

VOICE DERECHO


A-1906100-01343597-M-1083872711-20230228 0098660878A T 8507243210

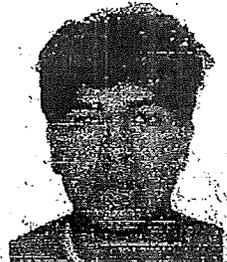
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

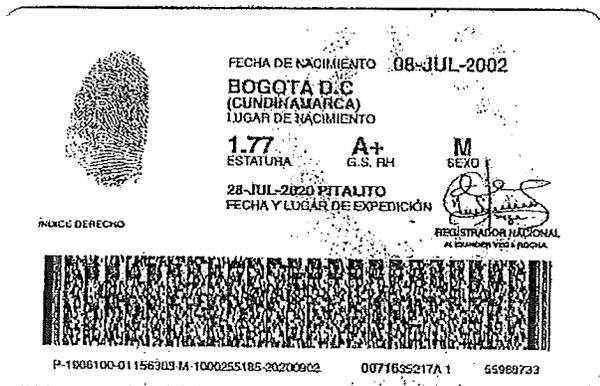
NÚMERO 1.083.872.771
 LUNA MUÑOZ

APELLIDOS
 JUAN FELIPE

NOMBRES


 FIRMA





L103906437372



SDM - BOGOTÁ D.C.

REGISTRO DE VEHÍCULOS

FECHA DE EMISIÓN: 22/06/2023

FECHA DE VENCIMIENTO: 02/10/2025

REGISTRO DE VEHÍCULOS

FECHA DE EMISIÓN: 23/07/2015

FECHA DE VENCIMIENTO: 08/20/2023

REGISTRO DE VEHÍCULOS

FECHA DE EMISIÓN: 23/07/2015

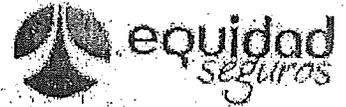
FECHA DE VENCIMIENTO: 08/20/2023

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. **10029380589**

PLACA: IKT644	MARCA: HYUNDAI	LÍNEA: GRAND 110	MOTOR: 2016
CILINDRADA CC: 1.248	COLOR: PLATA	SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO: AUTOMÓVIL	TIPO CARROSERÍA: HATCH BACK	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD MOTOR: 5
NÚMERO DE MOTOR: G4LAFM674923	REG. VEH. N	VIN: MAL851CBGM281946	REG. CHASIS N
NÚMERO DE SERIE: MAL851CBGM281946	REG. CHASIS: N	NÚMERO DE CHASIS: MAL851CBGM281946	REG. CHASIS: N
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: CHICUE RODRIGUEZ LUIS GABRIEL			IDENTIFICACIÓN: C.C. 12263839

SOAT



FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE VIGENCIA
2022-11-10	2022-11-10	2023-11-10

NÚMERO DE POLIZA	PLACA DEL VEHICULO	CLASE VEHICULO	SERVICIO	INDICADOR DE RENOVACION	SECTOR
8093314900	IKT644	AUTOMOVILES FAMILIAR	PARTICULAR	1248	2018
MARCA	MODELO	CATEGORIA			
5	GRAND I10				
NÚMERO DEL MOTOR	NÚMERO DE CHASIS O NÚMERO DE MOTOR	NÚMERO DE VEHICULO	CAPACIDAD		
G4LAFM674924	MALAB51CBGM281946	MALAB51CBGM281946	0.00		
NOMBRE Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	TARIFA RESERVA TOMADOR
CRISTÓVERA, JULIAN DAVID		3124827103	CC	1030549184	PITALITO
CÓDIGO DE ASIGNACIÓN	CÓDIGO SUBCATEGORÍA ESPECIAL	CLAVE PRODUCTO	NÚMERO DE CANCELADO	CIUDAD ESPECIAL	
AT1501	890300625	890300625281	0	FLORENCIA	
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTROLES DE TRÁFICO	VALOR IRT	APARTE DE LOS GASTOS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS	CUANTÍA
511	\$ 241400	\$ 125500	\$ 2100	INCAPACIDAD PERMANENTE	800
VALOR TOTAL				CUANTÍA Y GASTOS FARMACÉUTICOS	180
\$ 368000				DIAGNÓSTICO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	750
					10
					SALARIO S MÍNIMOS LEGALES DIARIOS

SOAT

A partir del 1 de enero de 2019
la expedición del SOAT
se realizará en un único formato en Colombia.
Tú decides cómo llevarlo: digital o impreso.

Portal siempre es obligatorio.

www.laequidadseguros.com.co

Deberá cumplir con las siguientes recomendaciones:

- Deberá pagar siempre su SOAT. La suspensión de tránsito se lo pueden cobrar en cualquier momento.
- Recomienda viajar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esta póliza al momento en que usted recibe su póliza, no tiene SOAT vigente. Acreditación económica, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el costo por todos los puntos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, usted será afectado por el proveedor de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por los médicos.
- Hay un proveedor de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 110 Decreto Ley 1675 de 2013). En caso contrario, después de la Superintendencia de Salud.
- Después de gastos médicos, el cobro será la aseguradora o el Fopyya lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para permitir la recomposición con la compañía aseguradora en un momento oportuno a la víctima.

Resolución de datos personales

Acreditación de datos personales

Acceso a la compañía de seguros para que consulte, administre, elimine y reporte a las entidades las bases de datos y registros que contiene esta póliza, pero en todo caso únicamente con fines estadísticos y de control, la información derivada del presente contrato de seguro y que resulta de todas las acciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a las aseguradoras o se le otorgue en el futuro, así como nombres, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surgen del presente contrato, el cual otorgo y declaro aceptar en todos los puntos.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirá los datos personales incorporados en el presente contrato de seguro así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la liberación total o selectiva del responsable del tratamiento de dichos datos personales.



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	IKT644	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029380589	CLASE DE VEHÍCULO:	AUTOMOVIL
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	HYUNDAI	LÍNEA:	GRAND I10
MODELO:	2016	COLOR:	PLATA
NÚMERO DE SERIE:	MALA851CBGM281946	NÚMERO DE MOTOR:	G4LAFM674924
NÚMERO DE CHASIS:	MALA851CBGM281946	NÚMERO DE VIN:	MALA851CBGM281946
CILINDRAJE:	1248	TIPO DE CARROCERÍA:	HATCH BACK
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	02/10/2015
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	SDM - BOGOTA D.C.	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	5

Para conocer el historial de propietarios

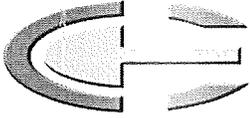
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8093814900	18/11/2022	19/11/2022	18/11/2023	511	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	☑ VIGENTE
82014003	13/11/2021	14/11/2021	13/11/2022	511	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	⊗ NO VIGENTE
79797039	13/11/2020	14/11/2020	13/11/2021	511	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	⊗ NO VIGENTE
77140033	30/09/2019	03/10/2019	02/10/2020	511	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	⊗ NO VIGENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-51200 fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

HISTORIA No. 1083872771

GLOSA No: ZGL-1-41244

SINIESTRO: 51200

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 16200.00

JUSTIFICACION:

102

CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 16200.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIOR. LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA COD.39140 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante"

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

108

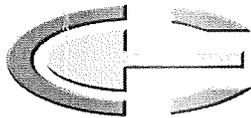
AYUDAS DIAGNOSTICAS

Recibido!

17 de Noviembre del 2023

20212538





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-51200 fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

HISTORIA No. 1083872771

GLOSA No: ZGL-1-41244

SINIESTRO: 51200

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 16200.00

JUSTIFICACION:

102

CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 16200.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA COD.39140 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante"

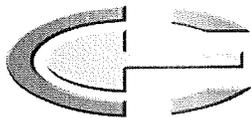
>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 622600.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL PACIENTE ES REMITIDO A NUESTRA INSTITUCION POR EL NIVEL DE COMPLEGIDAD. ADEMÁS EL PACIENTE INGRESA A NUESTRA INSTITUCION DONDE SE PUEDE EVIDENCIAR EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA EN CABEZA DOLOR A LA PALPACION. SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL TAC DE CRANEO REALIZADO, ADEMÁS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMÁS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 3: S01-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES)

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 683300.00

JUSTIFICACION:

108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 683300.00 SE ANEXA LECTURA DE RX

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE LECTURA DE RX. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: S01-21717- ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 683300.00

JUSTIFICACION:

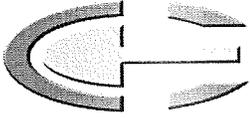
108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 683300.00 SE ANEXA LECTURA DE RX.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE LECTURA DE RX. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA, - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

VALOR TOTAL FACTURA:	2,510,792.00
VALOR GLOSADO :	2005400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	2005400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT						No. Egreso
	RECIBIDO D 8 NOV 2023						

No.	20196369	No.	179337	Siniestro	90720665	No. Factura	FEC151200		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	20/08/2023	Fecha aviso	10/10/2023	Fecha recepción	10/10/2023	
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	809381490	Vigencia	19/11/2022	hast	18/11/2023
Id tomador	1030549184		Nombre tomador						
Id beneficiario	800110181		Nombre beneficiario						CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Id accidentado	1083872771		Nombre						JUAN FELIPE LUNA MUÑOZ
Id reclamante	800110181		Nombre reclamante						CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Diagnósticos	S009						Ciudad	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	COD 21706, 21717 DEBIDO A QUE NO SE ADJUNTA RX PREVIA CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFIQUEN ESTUDIOS ADICIONALES.	100%	683,300	683,300	0
1	21717	ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	COD 21706, 21717 DEBIDO A QUE NO SE ADJUNTA RX PREVIA CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFIQUEN ESTUDIOS ADICIONALES.	100%	683,300	683,300	0
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	COD 21701 DEBIDO A SIN PERDIDA DEL CONOCIMIENTO NI DÉFICIT NEUROLÓGICO.	100%	622,600	622,600	0
1	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	COD 39140 DEBIDO A QUE SE HOMOLOGA CON COD 39132 DE ACUERDO A LO RELACIONADO EN LA HISTORIA CLÍNICA.	100%	71,300	16,200	55,100
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO Ó MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	21140	COLUMNA CERVICAL		100%	103,100	0	103,100
1	77702	INSUMOS			10,600	0	10,600
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	44,792	0	44,792

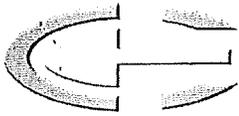
1001	Cobrado	2,510,792
1002	Obj. Parcial	2,005,400
1003	Liquidado	505,392

Liquidación: LEIDY.BAQUERO	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
-------------------------------	----------	-------------	---



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.29

HORA: 15:37:24

PAGINA No: 1

Numero: 81930 Fecha Ex. 20/08/23 Hora 08:31
Nombre Paciente: 1083872771 LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE
Dirección: CALLE 25 SUR N 2 41 Telefono: 3209252408 Edad: 17 A Sexo: F
Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la columna cervical observándose rectificación y tendencia de la lordosis fisiológica cervical que sugiere estar relacionada con espasmos muscular.

Los cuerpos vertebrales tienen altura usual.

Hay una ligera disposición angulada del cuerpo de la quinta vertebra cervical y se anota discreta sifosis localizada en C4 C5.

No se advierte otras alteraciones.

La articulación atlóido odontoidea no muestra alteraciones.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se anota alteraciones.

No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.

En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.

La cisterna de la base el sistema ventricular cortical presenta morfología disposición y volúmenes usuales.

No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.

La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.

No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.

No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

Como hallazgos incidentales se advierte nuevamente focos hiperdensos en el hemisferio cerebral izquierdo aérea parasagital.

CONCLUSION

ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:

Dentro de límites normales.

TAC DE CARA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras de la cara.

HALLAZGOS:

El techo y el piso orbitario no muestran alteraciones.

Las láminas papiráceas del etmoides, las alas esfenoidales y el canal óptico son normales.

El contenido de las orbitas esta conservado.

El puente nasal y el septum óseo no muestran alteraciones.

El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.

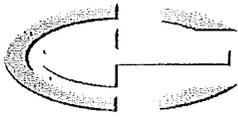
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.

Hay extenso engrosamiento de la mucosa del seno maxilares de predominio izquierdo.

Ligero edema de los tejidos blando de la hemicara derecha.

Sin otros hallazgos asociados.

TAC MAXILAR INFERIOR



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.29

HORA: 15:37:24

PAGINA No: 2

Numero: 81930 Fecha Ex. 20/08/23 Hora 14:38

Nombre Paciente: 1083872771 LUNA MUÑOZ JUAN FELIPE

Dirección: CALLE 25 SUR N 2 41

Telefono: 3209252408 Edad: 17 A Sexo: F

Medico: JHOAN ALBEIRO BAZAN

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo los diferentes segmentos del maxilar inferior.

HALLAZGOS:

Hay imagen sugestiva de pequeños osteomas sobre la rama horizontal derecha en su aspecto superior para controlar.

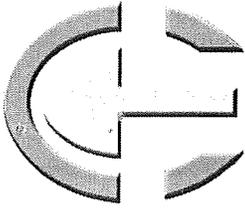
El resto del examen del maxilar inferior para la sínfisis las ramas horizontales los ángulos del maxilar inferior las ramas ascendentes las articulaciones temporo mandibulares presentan características conservadas.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

Table with columns: FECHA, HORA, VENCIMIENTO. Values: NEIVA, 2023.09.04, 10:35:36, 2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51209

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) TIPO CONTRATO * VIA DE INGRESO
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 165007
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.08.19 - 16:53 2023.08.20 - 07:42

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 83237489 MANCHOLA CUEVAS EFRAIN EDAD: 50 Años
DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45 YAGUARA TELEFONO: 3123790560

OBSERVACIONES:

Table header: COD.SS/MAT DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ Fecha Codigo Via GRQ % FACT MD CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL

ESTANCIAS

38124 HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS 38124 1 218,400 218,400

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

GASA ESTERIL PAQUETICOS 5 0 0
EQUIPO MACROGOTEO 2 4,800 9,600
GUANTES EXAMEN TALLA- M 1 0 0
GUANTE EXAMRN TALLA S 4 0 0
JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 2 500 1,000

MEDICAMENTOS

19927257 CLORURO DE SODIO 0.9% X500ML BAXTER 5 4,892 24,460
19996775 ISODINE SOLUCION 10 0 0
19932754 CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER 2 3,758 7,516
20067651 DICLOFENACO 75MG /3ML 2 2,500 5,000
19978256 MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C. 1 0 0
19933608 ISODINE ESPUMA X CC ECAR. 10 0 0
19908969 ACETAMINOFEN 500 MG 20 250 5,000
51330-17 IBUPROFENO 400 MG TAB 20 580 11,600
43696-01 CEFRADINA 500 MG CAPSULA 24 2,238 53,712

IMAGENES DX

21701 CRANEO SIMPLE 2023.08.19 879111 JAB 1 622,600 622,600

OTROS

39140 INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA 2023.08.20 890402 JCO 1 71,300 71,300
39145 CONSULTA DE URGENCIAS 2023.08.19 890701 JDP 1 73,400 73,400
39202 DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES 2023.08.19 S22101 PGJ 1 26,400 26,400

Summary table: VALOR BRUTO: 1,129,988 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR \$ 1,129,988

SON: UN MILLON CIENTO VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.04 10:38:06 AM

Handwritten signature of the legal representative.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS LOS CASOS A LA FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D

Cufe: 4a7aa45db19953e241e4f95e7eb56cbf76079d3999f8ff

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F



Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO 00.110.181-9

una vigencia de: 12 Meses

10 de Octubre del 2023

JJILLE

NIT: 99.995.451 - 0

COLOMBIA S. A. S NIT: 900.300.126 - 0

19

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:03:34 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151209

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4a7aa45db19953e241e4f95e7eb56cbf76079d3999f8f6aceec1e
9ae0adeeec564e6dcee0750effaf298f692c59bf061

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1129988

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-10-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
073dd56c469dd0e11ae098a5f644f5eb7308891d9e37ca6acc36
67f61c62b6f20ccbcfe1fb17901eb10e0d4ffb2ea57d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 10:38:06.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA
ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151209

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4a7aa45db19953e241e4f95e7eb56cbf76079d3999f8f6aceec1e
9ae0adeeec564e6dcee0750effaf298f692c59bf061

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
07ae3021e677f9aee050fbd13609f4f9f486eb52a99e433437d36
d835533b43466d713639337e6b768de45091508d67a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 03:48:37.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
4abaead5deeab858932468863db57c6ade8be71c7a234b345f4
92a4e1c7209aae84cc79da6a975ec2ecc71fd67b109f2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-28 01:24:23.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:03:34 AM
Página: 3



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151209

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4a7aa45db19953e241e4f95e7eb56cbf76079d3999f8f6aceec1e
9ae0adeeec564e6dcee0750effaf298f692c59bf061

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
eb5c6df3099877db9d48934575fac78958494cd3e2a0fd190287
c2bf544366f0f21a359fb3628962eb9387d23e34fc43

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-28 01:24:30.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1
NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

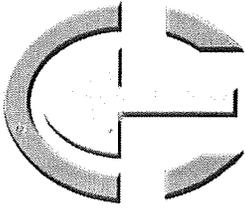
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoreteneedores de Renta
*Autoreteneedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.09.04	10:35:36	2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51209

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** * **VIA DE INGRESO**
 NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO EVENTO URGENCIAS
 DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 165007
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)**
 001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.08.19 - 16:53 2023.08.20 - 07:42

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 83237489 MANCHOLA CUEVAS EFRAIN EDAD : 50 Años
 DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45 YAGUARA TELEFONO: 3123790560

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

ESTANCIAS

38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								1	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	4,892	24,460
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	3,758	7,516
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								1	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712

IMAGENES DX

21701	CRANEO SIMPLE	2023.08.19	879111	JAB					1	622,600	622,600
-------	---------------	------------	--------	-----	--	--	--	--	---	---------	---------

OTROS

39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.08.20	890402	JCO					1	71,300	71,300
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.08.19	890701	JDP					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.08.19	S22101	PGJ					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	1,129,988	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	1,129,988
--------------	-----------	-------------------	---	------------------	-----------

SON: UN MILLON CIENTO VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.04 10:38:06 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 4a7aa45db19953e241e4f95e7eb56cbf76079d3999f8f6aceec1e9ae0adeecec564e6dcee0750effaf298f692c59bf061

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnologico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

19

FACTURA:	51209
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	\$ 1,108,896
GLOSA ACEPTADA	\$ -
SALDO	\$ 21,092
 DIEGO A. RODRIGUEZ	
CARTERA	





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON No.Radicado
Fecha Radicaci#n: [D][D][M][M][A][A][A][A] RG []
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG} [] Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 51209

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

MANCHOLA CUEVAS
1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
EFRAIN
1er.Nombre 2do.Nombre
Tipo de Documento: [Cc][X][CE][PA][TI][RC][AS][MS] No. Documento: 83237489
De: 41885 Fecha de Nacimiento: 1972/10/11 Sexo: [F][M][X]
Direccion: CARRERA 7 CON 2 45
Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123790560
Municipio: YAGUARA Cod. 885
Condicion del accidentado: [] Conductor [] Peaton [X] Ocupante [] Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:
Accidente de Transito [X]
Naturales: Sismo [] Maremoto [] Erup. Volcanicas [] Hurac#n []
Inundaciones [] Avalancha [] Desliz. de Tierra [] Incendio Natural []
Terroristas: Explosi#n [] Masacre [] Mina Antipersonal [] Combate []
Incendio []
Otros [] Cual? Ataques a Municipios Desplazados
Direccion de la Ocurrencia: AVENIDA PRINCIPAL DE YAGUARA
Fecha Evento/Accidente: 2023/08/19 Hora: 14:20
Departamento: HUILA Cod. 41
Municipio: YAGUARA Cod. 885 Zona: [U][X][R]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DEL VEHICULO TIPO CAMPERO CON PLACA ZIS170 QUIEN CAE DEL VEHICULO EN MOVIMIENTO AL ARRANCAR Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

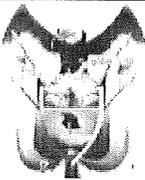
IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [] Vehi. Fantasma. [] P#liza falsa [] Vehiculo en Fuga []
Marca: JEEP Placa: ZIS170
Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [] Oficial [] Vehiculo de Emergencia []
Vehiculo de Servicio diplom#tico o consultar [] Vehi. de transporte masivo [] Vehi. Escolar []
Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci#n de la Auto. Si [] No [X]
Poliza SOAT No 8116584900 Cobro excedente P#liza Si [] No [X]
Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/08/15 Hasta: 2024/08/14

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GUZMAN MONTEALEGRE
1er.Apellido o Razon Social 2do.Apellido
RAMIRO
1er.Nombre 2do.Nombre
Documento de identidad: [Cc][X][CE][PA][NIT][TI][RC] No. Documento 83237160
Direccion: YAGUARA
Departamento: HUILA Cod. 41
Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3176486857 Total Folios: [0]

21



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE, DE TRANSITO

GUZMAN
1er.Apellido

MONTEALEGRE
2do.Apellido

RAMIRO
1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

CC CE PA TI RC AS

No. Documento 83237160

Dirección: YAGUARA

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 3176486857

Municipio: YAGUARA

Cod. 885

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión Orden servicio
 Fecha de Remisión: 2023/08/19 a las 14:20
 Prestador que remite: ESE CENTRO DE SALUD LAURA PERDOMO DE GARCIA Código de inscripción: 418850031901
 Dirección: CARRERA 8 N 7 29 Teléfono: 8383070 HUILA-YAGUARA
 Profesional que Remite: MARIO RICARDO ALVEAR CORTINA Cargo: MEDICO GENERAL
 Fecha de Aceptación: 2023/08/19 a las 16:50
 Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA Código de inscripción: 410010046601
 Dirección: CALLE 18 N 6-65 Teléfono: 8756349 HUILA-NEIVA
 Profesional que recibe: JUAN PALOMINO LUNA Cargo: MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)
 Datos del Vehículo: Placa No.
 Transporte la victima desde : Hasta :
 Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona:

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/08/19 a las 16:53 Fecha de Egreso: 2023/08/20 a las 07:42
 Diagnostico presuntivo de Ingreso Diagnostico presuntivo de Egreso
 Diagnostico definitivo de Ingreso Diagnostico definitivo de Egreso
 S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
 Diagnostico relacionado de Ingreso Diagnostico relacionado de Egreso
 S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE

JUAN DAVID
 1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante 2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante

PALOMINO LUNA
 1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante

Tipo Documento CC CE PA No. Documento 1075308140
 Número de Registro de MÚdico 1075308140

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1129988	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo Único numero 2.

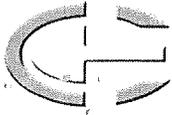
XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



EPICRISIS No. 59150

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

DOC.IDENT: CC 83237489 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45
FCHA.NACTO: 1972.10.11 EDAD: 50 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3123790560
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.08.19 HORA DE INGRESO: 16:53
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.08.20 HORA DE EGRESO: 07:42
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.08.19-17:23:35 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DEL VEHICULO TIPO CAMPERO CON PLACA ZIS170 QUIEN CAE DEL VEHICULO EN MOVIMIENTO AL ARRANCAR Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 16+50

INGRESA PACIENTE REMITIDO DE YAGUARA, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE HOY, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL, ANALGESIA IV POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUICION. INGRESA CON ACCESO VENOSO.

EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NIEGA TOS, FIEBRES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA, FATIGA AL IGUAL NIEGA TENER CONTACTOS POSTIVOS PARA COVID 19

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** REVISION POR SISTEMAS:**
NO REFIRE

**** SIGNOS VITALES:**
TA: 134/77 FC: 64 FR: 19 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

SE EVIDENCIA LASERACION MENOR A 1 CM EN REGION PAREITAL DERECHA SIN SANGRADO ACTIVO SUPERFICIAL QUE NO COMPROMENTA TEJIDO SUBCUTANEO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS

<<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO

<<TORAX>>

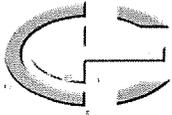
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS

<<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

<<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

DOC.IDENT: CC 83237489 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45
FCHA.NACTO: 1972.10.11 EDAD: 50 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3123790560
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

<<PELVIS>>

ESTABLE, NO DOLOROSA

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.

<<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 14/15

<<PIEL>>

LO DESCRITO

<<FANERAS>>

NORMAL

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE

**** PLAN DE MANEJO:**

VALORACION REALIZADA CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD (BATA, GUANTES, CARETA Y TAPABOCAS)

PACIENTE CON CUDRO CLNICO DESCRITO, QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE DECIDE:

- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- LEV
- CABECERA 30 °
- RELIZAR CURACION DE ABRASIONES
- CUIDADOS DE ENFERMERIA
- PREVENCION DE CAIDAS
- PREVENCION DE IAAS
- SE SOLICITA VALORACION POR NUEROCIRUGIA
- CONTROL SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
- UTILIZAR TAPABOCAS PERMANENTE
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS SEGUN RECOMENDACIONES DE LA OMS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- DESPUES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS SEGUN PERTINENCIA E INTERPRETACION DE IMAGENES DIAGNOSTICAS TRASLADAR A SALA DE YESOS PARA INMOVILIZAR.
- REALIZAR CONCILIACION DE MEDICAMENTOS PARA CONTINUAR CON SU MEDICACION BAJO LA SUPERVISION DE ENFERMERIA

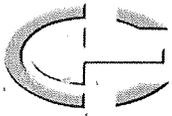
****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1000 CC BOLO CONTINUAR A 80 CC H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

12



EPICRISIS No. 59150

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

DOC.IDENT: CC 83237489 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45
FCHA.NACTO: 1972.10.11 EDAD: 50 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3123790560
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

**** DE LA EVOLUCION**

** FECHA: 23.08.19-18:12:44 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA

** FECHA: 23.08.19-18:38:13 MEDICO: / (AUXIL. PGJ - JOOSMAN PAQUE GONZALEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

HORA INICIAL/FINAL: 17:24 / 17:26 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN REGION OCCIPITAL SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.

** FECHA: 23.08.20-07:18:46 MEDICO: / (DR(A). JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DI DE AYER, AL CAER DE VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (CARRO), ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE 1ER NIVEL QUE REMITE A NUESTRA INSTITUCION

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15

TAC CEREBRAL: NORMAL

IDX: TRAUMA DE CRANEO

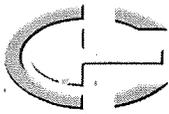
CONMOCION CEREBRAL

ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO

PLAN: SALIDA POR NEUROCIRUGIA

ANALGESICOS

RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA



EPICRISIS No. 59150

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

DOC.IDENT: CC 83237489 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45
FCHA.NACTO: 1972.10.11 EDAD: 50 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3123790560
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.08.20-07:43:25 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)**

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE BAJO GASTO SIN DETERIORO NEUROLOGICO , VALORADO POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA QUIEN ANTE LA BUENA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE CONSIDERA EGRESO CON SIGNOS DE ALARMA , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES MEDICAS:**

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 30 DIAS CON EL DR ORTIZ NEUROCIRUGIA .
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL.

- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- MUY IMPORTANTE LA TOMA DEL ANTIBIOTIO CON LOS INTERVALOS ESTABLECIDOS, DE NO HACERLO, EXISTE EL RIESGO DE COMPLICACIONES TALES COMO QUE SE INFECTE LA HERIDA.

RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA TEC:

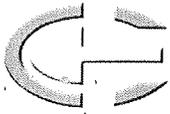
RECOMENDACIONES:

1. GUARDAR REPOSO
2. NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS
3. NO TRASNOCHAR
4. NO ASOLEARSE

SIGNOS DE ALARMA

CONSULTAR SI PRESENTA LOS SIGIENTES SIGNSO DE ALARMA:

1. DOLOR DE CABEZA INTENSO Y PERSISTENTE, QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS.
2. VÓMITOS BRUSCOS O PERSISTENTES, A VECES NO PRECEDIDOS DE NÁUSEAS.
3. TENDENCIA ANORMAL A DORMIR O DIFICULTAD PARA DESPERTARSE.
4. DESIGUALDAD EN EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS (NORMALMENTE LAS DOS TIENEN EL MISMO TAMAÑO).
5. PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, CONFUSIÓN O DESORIENTACIÓN.
6. DIFICULTAD PARA HABLAR O PARA EXPRESARSE.
7. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO PROGRESIVO (INESTABILIDAD, MAREO...).



**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

DOC.IDENT: CC 83237489 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45
FCHA.NACTO: 1972.10.11 EDAD: 50 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3123790560
EST.CIVIL: CASADO RH: O+

- 8. VISIÓN DOBLE O BORROSA.
- 9. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD.
- 10. CONVULSIONES.
- 11. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 120, VIA: ORAL
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 120, VIA: ORAL
CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 120, VIA: ORAL

**** PLAN DE MANEJO:**

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.08.20-07:42:39 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO

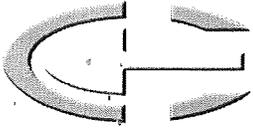
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO 1: S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

TIPO GRADO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Jhoan Albeiro Bazán C.
Médico y Cirujano
C.M. UNICA SCA
R.M. 1061724214

DR@ JHOAN ALBEIRO BAZAN
REG. MED: 1061724214



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 165007

Orden de Servicio N°mero: 180-1 -165007

Fecha 2023/08/19

Nombre Paciente: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

- 83237489 Edad: 50

Sexo: M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

Sala:10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagnósticos Definitivos:

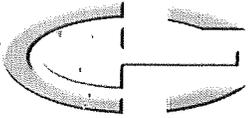
1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN REGION OCCIPITAL SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Ago-2023

11:21:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
 860028415 **TERCERO NO DEF EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
 CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2023.08.1 16:53
 001 0 SOAT OTRO REGIMEN 50 Años Fecha Egreso :
 PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
 83237489 MANCHOLA CUEVAS EFRAIN 1 NIVEL I YAGUARA CARRERA 7 CON 2 45 3123790560

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2023.08.19	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.08.19	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00
2023.08.19	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	PGJ	1.00
2023.08.19	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	5.00
2023.08.19	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00
2023.08.19	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	PGJ	1.00

PACIENTE: 83237489 MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

EDAD: 50

DIRECCION: CARRERA 7 CON 2 45

TELEFONO: 3123790560

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-58307

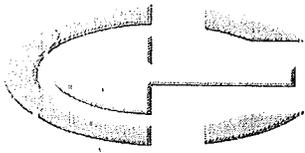
FECHA SINIESTRO: 2023.08.18

N° POLIZA: 8116584900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 19 de agosto de 2023						
17:24:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
17:24:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
17:24:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1	
17:24:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	CRS1	
17:24:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1	
TOTAL SUMINISTRADO:						8.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 20 de agosto de 2023						
01:24:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
01:24:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
01:24:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
01:24:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
TOTAL SUMINISTRADO:						4.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

456

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

No. Identif. 83237498

Edad. 50

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2023.08.20

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	Cant.: 20.00	TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS
* IBUPROFENO 400 MG TAB	Cant.: 20.00	TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	Cant.: 24.00	TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS



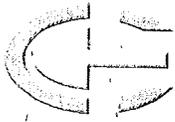
Dr. Jean David Palomino Lina
Medico General
Unidad El Bosque
R.M. 1075306140

MEDICO

FARMACIA



PACIENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140-1 -192390

FECHA EMISION: 2023.08.20

HORA: 07:50:44

PAGINA No: 1

USUARIO: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

FECHA DE PEDIDO: 2023/08/20

DOC.IDENT: CC 83237498

CAMA: -

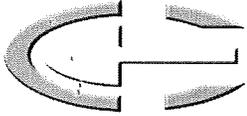
ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

MEDICO: Dr. JUAN DAVID PALOMINO LUNA

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	LAB CEFRA X TABL	CEFTRADINA 500 MG CAPSULA	24.00
TOTAL CANTIDAD:			64.00

Efrain Manchola
 Recibido Paciente



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.29

HORA: 15:01:29

PAGINA No: 1

Numero: 81904 Fecha Ex. 19/08/23 Hora 15:01

Nombre Paciente: 83237489 MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

Dirección: CARRERA 7 CON 2 45

Telefono: 3123790560 Edad: 50 A Sexo: M

Medico: JUAN DAVID PALOMINO LUNA

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de tejidos blandos del cuero cabelludo con aspecto focal de la región parietal derecha.

No hay evidencia de fracturas de la calota craneana.

En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.

Las cisternas de la base el sistema ventricular supratentorial y el espacio subaracnoideo cortical presentan morfología disposición y volúmenes usuales.

No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.

La densidad del tejido nervioso y la relación sustancia blanca sustancia gris esta conservadas.

No se advierten alteraciones focales de la densidad del tejido nervioso.

No hay calcificaciones patológicas Endo craneanas no se observan colecciones extra axiales.

CONCLUSION

ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:

Dentro de límites normales.

Anotándose presencia de artefactos hiperdensos nodulares del hemisferio cerebral derecho área parasagital.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

 <p>CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3430 Neiva - Huila</p>	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 11/05/2008

Señores

CLÍNICA
 Ciudad Neiva - Huila

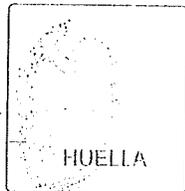
Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Francisca Marchola Cuevas identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario CLÍNICA, con identificación No. 93237493, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero AUTORIZACIÓN especial al representante Legal de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad CLÍNICA, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG. ESTUDIANTIL , EPS .

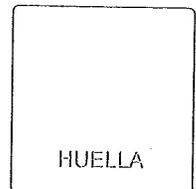
Atentamente

Paciente

Francisca Marchola Cuevas



Acudiente o Representante



Firma

Nombre: Francisca Marchola Cuevas
 C.C. 93237493

Firma

Nombre:
 C.C.



Usuario: PAOLA CANDELA



**ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YAGUARA
REMISIÓN DE PACIENTES**

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YA A:	OTRA INSTITUCIÓN
CÓDIGO: 813003431	MAYOR NIVEL DE ATENCION MEDICA
MUNICIPIO: YAGUARA	
FECHA SOLICITUD: 19/08/2023	ESPECIALIDAD SOLICITANTE: MEDICINA GENERAL
EVENTO: ACCIDENTE DE TRANSITO	
SERVICIO QUE REMITE: URGENCIAS	
SERVICIO AL QUE REMITE: URGENCIAS	

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: CC. 83237489	Paciente MANCHOLA CUEVAS EFRAIN
Fecha Nacimiento: 01/10/1972	Edad: 50 año(s) Sexo: MASCULINO
Residencia Habitual:	COLOMBIA* HUILA* YAGUARA
Responsable del Paciente	
HJO	
Residencia Actual: YAGUARA	

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL
Regimen Subsidiado - Numero de Ficha Sisben: Nombre EPS/ARS/CAJA: EQUIDAD SEGUROS Nivel de Pobreza: SOAT

SERVICIOS SOLICITADOS
VALORACION POR NEUROCIROUGIA

DIAGNÓSTICO
CÓDIGO: S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

OBSERVACIONES
VALORACION POR NEUROCIROUGIA

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente
--

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO
MOTIVO DE CONSULTA: SE CAYO DEL CARRO Y SE GOLPEO LA CABEZA
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE EL CUAL ES TRAIIDO POR HJO Y AMIGOS * REFIEREN QUE SIENDO APROXIMADAMENTE LAS 2:20PM * EL PACIENTE SE DESPLAZABA EN VEHICULO EN MOVIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE * CUANDO PERDIO EL EQUILIBRIO * LO QUE HIZO QUE CAYERA DEL VEHICULO DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 2MTS * RECIBIENDO IMPACTO DIRECTO EN LA CABEZA * NIEGAN PERDIDA APARENTE DEL ESTADO DE CONCHENCIA * EL VEHICULO SE DESPLAZABA POR AVENIDA * EL VEHICULO SE DESPLAZABA POR AVENIDA PRINCIPAL DEL MUNICIPIO DE YAGUARA* EL INCIDENTE SE PRESENTO FRENTE AL RESTAURANTE EL COLONIAL . AP: SDI
EXAMEN FISICO: TA : 120/80 FRC: 88 FR: 18 T: 36.4 PESO : 88KG TALLA : 1.76 GLASGOW 15/15 CCCC: PACIENTE INGRESA CONCIENTE EN ESTADO DE ALICORAMIENTO MODERADO * ALIENTO ETILICO * MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS * A NIVEL DE REGION PARIETAL OCCIPITAL DERECHA SE OBSERVA ZONA DE EDEMA DE UN DIAMETRO APROXIMADO DE 3CMS * CON LIGERAS ESCORIACIONES SOBRE LA ZONA * SE REALIZA LIMPIEZA DE LAS HERIDAS* TORAX : RSCRS NO SOPLOS * PULMONES : MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL SIN AGREGADOS ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES * NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL . EXTREMIDADES : EUTROPICAS SIN EDEMA SNC: SIN DEFICIT MOTOR Y SENSITIVO APARENTE
ANALISIS: PACIENTE EN CONTEXTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PASAJERO EN UN CARRO * PRESENTA TRAUMA CARNEOENCEFALICO LEVE A MODERADO + ESTADO DE EMBRIAGUEZ MODERADO * SE DECIDE DEJAR EN OBSERVACION * CANALIZAR CON HARTMAN 500C EN BOLO * CONTINUARR A 1200C HORA * APLICAR

REMISIÓN DE PACIENTES

DICLOFENAC 75MG IM AHORA * DEXAMETASONA 8MG IM AHORA * SE CONSIDERA QUE POR EL MECANISMO DE TRAUMA Y EL ESTADO DE ALICORAMIENTO DEL PACIENTE DEBE SER OBSERVADO Y MANEJADO EN 2 NIVEL * POR LO QUE SE DEBE REMITIR PARA VALORTACION Y MANEJO POR NEUROCIRUGIA * SE REALIZA Y CARGA REMISION AL SISTEMA

Nombre y Apellidos del Médico Solicitante:

MARIO RICARDO ALVEAR CORTINA

Firma



Registro 12001



FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1972
YAGUARA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO 1.75 O+ M

ESTATURA G S RH SEXO

08-NOV-1991 YAGUARA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Manchola Cuevas*
REGISTRADOR NACIONAL
CASIO AUSEN AGENCIES TORRES

INDICE DE DERECHO



A 1909400 00210539-M 0083237489 20100125 0020272697A 1 28368795

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.237.489
MANCHOLA CUEVAS

APELLIDOS
EFRAIN

FECHA
Efrain Manchola Cuevas



RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP
***** 0

DECLARACION DE IMPORTACION
013

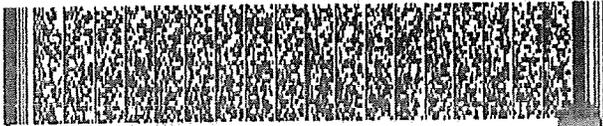
US FECHA IMPORT. PUERTAS
1 24/08/1998 2

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA MATRICULA FECHA EXP. LIC. TTO. FECHA VENCIMIENTO
28/10/1998 02/06/2017 *****

ORGANISMO DE TRANSITO

STRIA INFR TTOYTT MGPAL NEIVA



LT01007270718



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014061785

PLACA ZIS170	MARCA JEEP	LÍNEA WRANGLER	MODELO 1986
CILINDRADA CC 1.600	COLOR AMARILLO	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO CAMPERO	TIPO CARROCEA CARPADO	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD 12/PSJ 5
NÚMERO DE MOTOR 803E27R00	REG S	VIN *****	
NÚMERO DE SERIE *****	REG N	NÚMERO DE CHASIS 03380488DIAN	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) GUZMAN MONTEALEGRE RAMIRO			IDENTIFICACIÓN C.C. 83237160

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.237.160

GUZMAN MONTEALEGRE

APELLIDOS
RAMIRO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



Conductor



FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1967

YAGUARA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

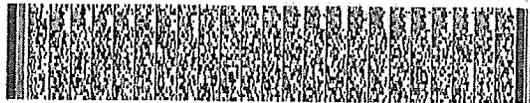
O+
G. S. RH

M
SEXO

20-NOV-1985 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

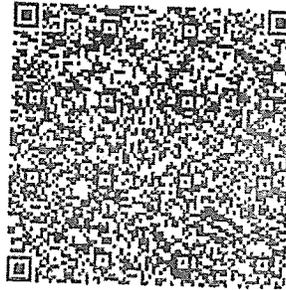
[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSELMO SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1909400-00166994-M-0083237160-20030806 0014559476A 1 24778665

SOAT



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO		
FECHA DE EXPECIO AÑO MES DIA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2023-08-14	2023-08-15	2024-08-14

Nº. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VOTOS	MODELO
8116584900	ZIS170	CAMPEROS O CAMIONE*	PARTICULAR	1600	1986
PASAJEROS	MARCA	CARRROCERIA			
5	JEEP	WRANGLER			
No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TOL.		
803E27RD0	03380488DIAN		0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUZMAN MONTEALEGRE, RAMIRO		3176486857	CC	83237160	NEIVA
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1501	890300625	890300625376	0	NEIVA	
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)	
222	\$ 678200	\$ 352600	\$ 2100	HASTA 263,13 ¹	
TOTAL A PAGAR				HASTA 701,68 ²	
\$ 1032900				HASTA 8,77	
				HASTA 180	
				HASTA 750	

PARAFOS POR VICTIMA		
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 ¹	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	701,68 ²	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77	
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
	750	

FIRMA AUTORIZADA

¹ Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
² Para las demás tarifas no citadas en (1).

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde poner siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 633 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y repone a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	ZIS170	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10014061785	CLASE DE VEHÍCULO:	CAMPERO
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	JEEP	LÍNEA:	WRANGLER
MODELO:	1986	COLOR:	AMARILLO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	803E27RD0
NÚMERO DE CHASIS:	03380488DIAN	NÚMERO DE VIN:	
CILINDRAJE:	1600	TIPO DE CARROCERÍA:	CARPADO
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	28/10/1998
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA INFR TTOYTTE MCPAL NEIVA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	SI	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	803E27RD0
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHICULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	2

Para conocer el historial de propietarios

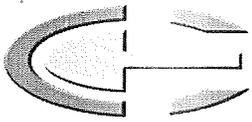
Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad explde SOAT	Estado
8116584900	14/08/2023	15/08/2023	14/08/2024	222	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	☑ VIGENTE
8085044700	11/08/2022	12/08/2022	11/08/2023	222	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	⊗ NO VIGENTE
8035283600	25/07/2019	18/08/2019	17/08/2020	222	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	⊗ NO VIGENTE
8009485700	10/08/2018	18/08/2018	17/08/2019	222	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	⊗ NO VIGENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-51209 fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

HISTORIA No. 83237489

GLOSA No: ZGL-1-41249

SINIESTRO: 51209

>> ITEM GLOSADO 1: SOL-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 16200.00

JUSTIFICACION:

102

CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 16200.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIOR. LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA COD.39140 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante"

>> ITEM GLOSADO 2: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 4892.00

JUSTIFICACION:

107

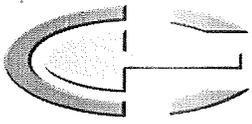
MEDICAMENTOS

Recibido!

17 de Noviembre del 2023

20212541





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-51209 fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

HISTORIA No. 83237489

GLOSA No: ZGL-1-41249

SINIESTRO: 51209

>> ITEM GLOSADO 1: SOL-39140- INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 16200.00

JUSTIFICACION:

102

CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 16200.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE EL MEDICO TRATANTE ES EL MEDICO GENERAL, EL ESPECIALISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRITO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA COD.39140 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante"

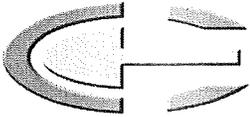
>> ITEM GLOSADO 2: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 4892.00

JUSTIFICACION:

107

MEDICAMENTOS



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 4892.00 SE ANEXA DESCRIPCION DE LA SALA DE CURACION E INSUMOS.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO DONDE SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA EL BARRIDO DE LA HERIDA EN REGION OCCIPITAL. POR TANTO SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,129,988.00
VALOR GLOSADO :	21092.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	21092.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT						No. Egreso
	RECIBIDO 08 NOV 2023						

No.	20196372	No.	179338	Siniestro	90720666	No. Factura	FEC151209		
Amparo	1	Gastos médicos	Fecha siniestro	19/08/2023	Fecha aviso	10/10/2023	Fecha recepción	10/10/2023	
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	811658490	Vigencia	15/08/2023	hast	14/08/2024
Id tomador	83237160	Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181	Nombre beneficiario	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	83237489	Nombre	EFRAIN MANCHOLA CUEVAS						
Id reclamante	800110181	Nombre reclamante	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S099						Ciuda	NEIVA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	622,600	0	622,600
1	39140	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	25 DE OCTUBRE DE 2023. NO SE RECONOCE: COD 39140 DEBIDO A QUE SE HOMOLOGA CON COD 39132 DE ACUERDO A LO RELACIONADO EN LA HISTORIA CLÍNICA.	100%	71,300	16,200	55,100
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	77702	INSUMOS			10,600	0	10,600
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , , , ,	100%	107,288	4,892	102,396

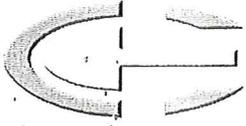
1001	Cobrado	1,129,988
1002	Obj. Parcial	21,092
1003	Liquidado	1,108,896

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 165007

Orden de Servicio N°mero: 180-1 -165007

Fecha 2023/08/19

Nombre Paciente: MANCHOLA CUEVAS EFRAIN

- 83237489 Edad: 50

Sexo: M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagnósticos Definitivos:

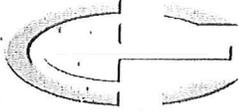
1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN REGION OCCIPITAL SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

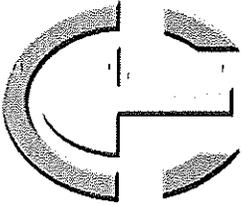
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Ago-2023

11:21:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
 860028415 **TERCERO NO DEF EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
 CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2023.08.1 16:53
 001 0 SOAT OTRO REGIMEN 50 Años Fecha Egreso :
 PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
 83237489 MANCHOLA CUEVAS EFRAIN 1 NIVEL I YAGUARA CARRERA 7 CON 2 45 3123790560

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2023.08.19	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.08.19	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00
2023.08.19	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	PGJ	1.00
2023.08.19	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	5.00
2023.08.19	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00
2023.08.19	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	PGJ	1.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoretenedores de Renta
 *Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
 Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA_2023.09.04	14:54:56	2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51236

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 160863
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
			2023.06.04 - 04:17 2023.06.04 - 12:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 83237437 CUELLAR ANDRADE SERAFIN

EDAD: 51 Años

DIRECCION: YAGUARA YAGUARA

TELEFONO: 3124408328

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	4-Jun-2023	S55101					ARS	1	86,100	86,100
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	4-Jun-2023	S55101					ARS	1	86,100	86,100

ESTANCIAS

38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
935100	VENDA YESO DE 4X5								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
	VENDA ALGODON 4X5								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9% X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.04	873206	TVP					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.04	873206	TVP					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.04	873121	TVP					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.04	873121	TVP					1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.06.04	879111	TVP					1	622,600	622,600

LABORATORIOS

19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.06.04	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.06.04	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.06.04	902049						1	43,700	43,700

OTROS

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE

SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LE

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dian: 11

Modalidad ELECTRONICA

Cufe: 67e92af4b0b71ab9aa43b5880a1f8bb5fe6e1903a3e3

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia



Recibido!

CODIGO DEL COMERCIO
100.110.181-9

una vez en la vida

10 de Octubre del 2023

0000 AUTORIZA

287EFA000000

HUILA O NIT. 03.355.451-0

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:04:06 AM
Página: 1



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151236

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
67e92af4b0b71ab9aa43b5880ac1f8bb5fe6e1903a3e34fcd49c0
7c0a64a0d11e9063e7c3108036fa45287ff9df6c0ce

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1922845

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2023-10-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
879d0b4322e1fa97c8714c48a7acd31c07265e002c45a88485f3
cc6a54c3e4fe530a0e3c8319ecd8ae61dfc38efd48b

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 02:57:31.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 11:04:06 AM
Página: 2



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES CERTIFICADO DE EXISTENCIA DE FACTURA ELECTRÓNICA COMO TÍTULO VALOR

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE LA FACTURA ELECTRÓNICA
COMO TÍTULO VALOR HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

Factura electrónica de venta:
No. FEC151236

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:
(fecha de la firma electrónica):
2023-09-04 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
67e92af4b0b71ab9aa43b5880ac1f8bb5fe6e1903a3e34fcd49c0
7c0a64a0d11e9063e7c3108036fa45287ff9df6c0ce

EVENTO 030: Acuse de recibo de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
dcb7d9bf50aa269291b4bd55da42157540efddd485ed9a4382a
79b42fa7ff6818d2872e64a79b1f9903512d7702b6b32

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-09-04 08:06:36.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO

ENTIDAD QUE VALIDA EL EVENTO:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE IMPUESTOS Y
ADUANAS NACIONALES.

RECEPTOR DEL EVENTO:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

Documento validado por la DIAN

DOCUMENTOS Y EVENTOS ASOCIADOS A LA
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO
TÍTULO VALOR:

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 1

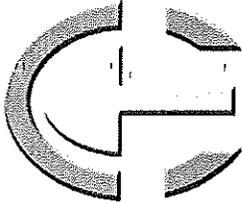
FIN DE ESTE DOCUMENTO

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los
documentos o eventos.

FECHA: 9/3/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ



La validez de este documento podrá verificarse en la página
www.dian.gov.co



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*No Somos Grandes Contribuyentes

*No Somos Autoretenedores de Renta

*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.09.04	14:54:56	2023.10.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 51236

ENTIDAD RESPONSABLE	(AT1501)	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 160863
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRESO(FEC-HORA EGRESO)
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.06.04 - 04:17 2023.06.04 - 12:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 83237437 CUELLAR ANDRADE SERAFIN

EDAD: 51 Años

DIRECCION: YAGUARA

YAGUARA

TELEFONO: 3124408328

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Código	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	----------------------------	-------	--------	-----	-----	---	------	----	------	-------------	----------

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	4-Jun-2023	S55101					ARS	1	86,100	86,100
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G	4-Jun-2023	S55101					ARS	1	86,100	86,100

ESTANCIAS

38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
-------	----------------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
935100	VENDA YESO DE 4X5								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
	VENDA ALGODON 4X5								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								1	600	600

MEDICAMENTOS

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600

IMAGENES DX

21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.04	873206	TVP					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.06.04	873206	TVP					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.04	873121	TVP					1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.06.04	873121	TVP					1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.06.04	879111	TVP					1	622,600	622,600

LABORATORIOS

19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.06.04	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.06.04	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.06.04	902049						1	43,700	43,700

OTROS

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILDES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

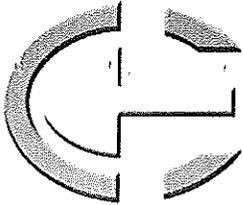
Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 67e92af4b0b71ab9aa43b5880a0c1f8bb5fe6e1903a3e34fcd49c07c0a64a0d11e9063e7c3108036fa45287ef9df6c0ce

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY HKA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.300.126 - 6

27



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
 SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.
 *No Somos Grandes Contribuyentes



*No Somos Autoreteneadoras de Renta
 *Autoreteneador del Impuesto Industria y Comercio
 Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2023.09.04	14:54:56	2023.10.04

Factura Electronica de Venta
 FEC1 - 51236

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Código	Via	GRQ %	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.06.04	935304	ARS				1	70,000	70,000
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.06.04	935304	ARS				1	70,000	70,000
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.06.04	890602	FGR				1	0	0
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.06.04	890602	JCO				1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.06.04	890302	FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.06.04	890701	TVP				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.06.04	S22101	PGJ				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.06.04	S22103	ARS				1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	1,922,845	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	1,922,845
---------------------	------------------	--------------------------	----------	-------------------------	------------------

SON: UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE.....

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.09.04 02:57:31 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : GCC

CAROLINA GUZMAN CAMELO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
 FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764041853248 De Fecha: 2022.12.23 por una vigencia de: 12 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00040001 Hasta: FEC1-00080000 AUTORIZA

Cufe: 67e92af4b0b71ab9aa43b5880ac1f8bb5fe6e1903a3e34fcd49c07c0a64a0d11e9063e7c3108036fa45287ff9df6c0ce

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Digital. GUIDO FERNANDO CARDONA TRUJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Proveedor Tecnológico: THE FACTORY UKA COLOMBIA S. A. S Nit. 000.200.426.6

26

FACTURA:	51236	
 CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9		
ABONO	\$	1,295,153
GLOSA ACEPTADA	\$	-
SALDO	\$	627,692
 DIEGO A. RODRIGUEZ		
CARTERA		





REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci#n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ENT

Usuario	NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON	No. Radicado	
Fecha Radicaci#n:	<input type="text"/>	RG	<input type="checkbox"/>
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}	<input type="text"/>	Nro. Factura Cuenta de Cobro	FEC1- 51236

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Codigo Habilitacion:	410010046601
Nit:	8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

<input type="text"/> CUELLAR	<input type="text"/> ANDRADE
1er. Apellido o Razon Social	2do. Apellido
<input type="text"/> SERAFIN	<input type="text"/>
1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento:	No. Documento:
<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS	83237437
De: 41885	Fecha de Nacimiento: 1972/03/10
Direcci#n: YAGUARA	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Departamento: HUILA	Cod. 41
Municipio: YAGUARA	Cod. 885
Telefono: 3124408328	
Condicion del accidentado:	
<input checked="" type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Peaton
<input type="checkbox"/> Ocupante	<input type="checkbox"/> Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito	<input checked="" type="checkbox"/>
Naturales:	Sismo	<input type="checkbox"/>
	Maremoto	<input type="checkbox"/>
	Inundaciones	<input type="checkbox"/>
	Avalancha	<input type="checkbox"/>
Terroristas:	Explosi#n	<input type="checkbox"/>
	Masacre	<input type="checkbox"/>
	Incendio	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>
	Cual?	<input type="checkbox"/>
	Ataques a Municipios	<input type="checkbox"/>
	Desplazados	<input type="checkbox"/>
	Erup. Volcanicas	<input type="checkbox"/>
	Desliz. de Tierra	<input type="checkbox"/>
	Mina Antipersonal	<input type="checkbox"/>
	Combate	<input type="checkbox"/>
	Hurac#n	<input type="checkbox"/>
	Incendio Natural	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Direcci#n de la Ocurrencia:	SITIO LOS CHORROS VIA YAGUARA NEIVA	
Fecha Evento/Accidente:	2023/06/3	Hora: 22:10
Departamento:	HUILA	Cod. 41
Municipio:	YAGUARA	Cod. 885
		Zona: <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> R
Informe del accidente (Relato breve de los hechos):	PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA EWD51G PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN UN CURVA POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES	

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento:	Aseg. <input checked="" type="checkbox"/>	No Aseg. <input type="checkbox"/>	Vehi. Fantasma. <input type="checkbox"/>	P#liza falsa <input type="checkbox"/>	Vehiculo en Fuga <input type="checkbox"/>
Marca:	VICTORY	Placa:	EWD51G		
Tipo de Servicio:	Particular <input checked="" type="checkbox"/>	Publico <input type="checkbox"/>	Oficial <input type="checkbox"/>	Vehiculo de Emergencia <input type="checkbox"/>	
Vehiculo de Servicio diplom#tico o consultar	<input type="checkbox"/>	Vehi. de transporte masivo <input type="checkbox"/>	Vehi. Escolar <input type="checkbox"/>		
Codigo Aseguradora:	AT1501	intervenci#n de la Auto.	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Poliza SOAT No	8081769300	Cobro excedente P#liza	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Vigencia de la Poliza:	Desde: 2022/06/12	Hasta: 2023/06/11			

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text"/> CUCHIMBA	<input type="text"/> ANDRADE
1er. Apellido o Razon Social	2do. Apellido
<input type="text"/> NOHEMI	<input type="text"/>
1er. Nombre	2do. Nombre
Documento de identidad:	No. Documento:
<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> HIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC	26607898
Direcci#n:	YAGUARA
Departamento:	HUILA
Municipio:	RIVERA
Cod. 41	Cod. 615
Telefono: 3124408328	Total Folios: <input type="text"/> 0

90



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

CUELLAR

1er.Apellido

ANDRADE

2do.Apellido

SERAFIN

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
CC	CE	PA	TI	RC	AS	

No. Documento 83237437

Direcci3n: YAGUARA

Departamento: HUILA

Cod. 41

Tel3fono: 3124408328

Municipio: YAGUARA

Cod. 885

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi3n Orden servicio
 Fecha de Remisi3n: 2023/06/3 a las 22:10
 Prestador que remite: ESE CENTRO DE SALUD LAURA PERDOMO DE GARCIA C3digo de inscripci3n: 418850031901
 Direcci3n: CARRERA 8 N 7 29 Telefono: 8383070 HUILA-YAGUARA
 Profesional que Remite: HERNAN SANCHEZ ORTIGOZA Cargo: MEDICO GENERAL
 Fecha de Aceptaci3n: 2023/06/4 a las 04:17
 Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA C3digo de inscripci3n: 410010046601
 Direcci3n: CALLE 18 N 6-65 Telefono: 8756349 HUILA-NEIVA
 Profesional que recibe: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Cargo: MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar 3nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)
 Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia B3sica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona:

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 2023/06/4 a las 04:17 Fecha de Egreso: 2023/06/4 a las 12:53
 Diagnostico presuntivo de Ingreso Diagnostico presuntivo de Egreso
 T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
 Diagnostico definitivo de Ingreso Diagnostico definitivo de Egreso
 S068 OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES S066 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA
 Diagnostico relacionado de Ingreso Diagnostico relacionado de Egreso
 S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

TITO

1er.Apellido del M3dico o Profesional tratante

VLADIMIR

2do.Apellido del M3dico o Profesional tratante

POLANIA

1er.Nombre del M3dico o Profesional tratante

TORRES

2do.Nombre del M3dico o Profesional tratante

Tipo Documento

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CC	CE	PA

No. Documento

7702628

N3mero de Registro de M3dico

967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1922845	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci3n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo 3nico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci3n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci3n contenida en este formulario es cierta y podr3 ser verificada por la Direcci3n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci3n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garant3a Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep3blica con la IPS y las aseguradoras de no ser as3, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci3n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57801

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

DOC.IDENT: CC 83237437 SEXO: MASCULINO DIRECCION: YAGUARA
FCHA.NACTO: 1972.03.10 EDAD: 51 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3124408328
EST.CIVIL: SOLTERO RH: B+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.06.04 HORA DE INGRESO: 04:17
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2023.06.04 HORA DE EGRESO: 12:53
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
RELACIONADO1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

**** DEL INGRESO**

**** FECHA: 23.06.04-04:42:37 MEDICO: / (DR(A), TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO CON PLACA EWD51G PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN UN CURVA POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIIDO EN AMBULANCIA DE YAGUARA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL PERDER EL CONTROL EN UNA CURVA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, INGRESA CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

**** SIGNOS VITALES:**

TA: 119/66 FC: 71 FR: 18 TEMP: 36.1 TALLA: 150 PESO: 50 IMC: 22 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

**** EXAMEN FISICO:**

<<CABEZA>>

Normoconfigurada, ABRASIONES EXTENSAS CON DOLOR EN TODA LA REGION FRONTAL Y TEMPORAL DERECHA Y ANGULO OCULAR DERECHO, HERIDA EN PARPADO SUPERIOR DERECHO DE 2 CM, HERIDA CILIAR DERECHA DE 3CM, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes,

<<CUELLO>>

Simétrico, sin dolor, no limitación para la movilidad, no ingurgitación yugular, no signos de trauma

<<TORAX>>

Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Rítmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares

<<ABDOMEN>>

Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

25



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57801

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

DOC.IDENT: CC 83237437 SEXO: MASCULINO DIRECCION: YAGUARA
FCHA.NACTO: 1972.03.10 EDAD: 51 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3124408328
EST.CIVIL: SOLTERO RH: B+

<<GENITOURINARIO>>

No valorado, refiere no haber recibido trauma en región genital ni presentar síntomas clínicos

<<PELVIS>>

Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpación

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna; EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, ABRASION CON TATUAJE Y DOLOR EN HOMBRO DERECHO; ABRASION CON EDEMA Y DOLOR EN AMBAS MANOS; HERIDA IRREGULAR EN "V" CON BORDES MACERADOS EN RODILLA DERECHA CON DOLOR A LA PALPACION

<<NEUROLOGICO>>

Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

<<PIEL>>

Sin lesiones adicionales

<<FANERAS>>

Sin lesiones adicionales

**** EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

TAC CEREBRAL SIMPLE

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

**** PLAN DE MANEJO:**

POR LA COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE ORDENA MANEJO INSTITUCIONAL

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 9, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 2 G LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 50 MG LENTO, DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A IMAGENOLOGIA
- PASAR A OBSERVACION
- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.

29



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57801

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

DOC.IDENT: CC 83237437 SEXO: MASCULINO DIRECCION: YAGUARA
FCHA.NACTO: 1972.03.10 EDAD: 51 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3124408328
EST.CIVIL: SOLTERO RH: B+

- CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- VALORACION POR ORTOPEDIA

**** DE LA EVOLUCION**

**** FECHA: 23.06.04-04:48:28 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA, TP Y TPT

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA

**** FECHA: 23.06.04-05:11:21 MEDICO: / (AUXIL. PGJ - JOOSMAN PAQUE GONZALEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 04:43 / 04:44 DURACION: 00:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASIONES MULTIPLES EN CARA + ABRASIONES EN MANOS BILATERALES + HERIDA EN RODILLA DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, SIN SIGNOS DE DEHICENCIA, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION.

**** FECHA: 23.06.04-05:49:54 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC CEREBRAL SIMPLE EVIDENCIAN MULTIPLES LESIONES AGUDAS DE TRAUMA COMO HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO FRACTURA CLAVICULA

23



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57801

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

DOC.IDENT: CC 83237437 SEXO: MASCULINO DIRECCION: YAGUARA
FCHA.NACTO: 1972.03.10 EDAD: 51 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3124408328
EST.CIVIL: SOLTERO RH: B+

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA FRACTURA TERCIO PROXIMAL FALANGE PROXIMAL DEL 4DEDO

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

**** FECHA: 23.06.04-05:55:12 MEDICO: / (DR(A), TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:**

HEMOGRAMA:

LEUCOCITOS: 11550 NEUTROFILOS: 67,5% HEMOGLOBINA 13,5 G/DL PLAQUETAS 166 MIL TP: 17,1" TPT 34,4" INR: 1,35

DENTRO DE LIMITES NORMALES

**** FECHA: 23.06.04-05:56:47 MEDICO: / (DR(A), TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

****TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:**

VALORACION POR NEUROCIRUGIA

**** FECHA: 23.06.04-08:00:35 MEDICO: / (DR(A), MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CARA , HOMBRO DERECHO Y MANO IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: CARA HERIDAS . HOMBRO DERECHO ESCORICION Y DOLOR EN CLAVICULA DERECHA . MANO IZQ EDEMA
DEFORMIDAD Y DOLOR EN FALANGE PPROXIMAL DE 4 DEDO . NEUROVASCULAR NORMAL.

RX FRACTURA DE CLAVICULA DERECHA

FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL DE 4 DEDO MANO IZQ

DX: FRACTURA DE CLAVICULA DERECHA

FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL DE 4 DEDO MANO IZQ

PLAN: SE HOSPITALIZA PARA CIRUGIA

**** PLAN DE MANEJO:**

**** ORDENES Qx:**

PROGRAMAR OSTEOSINTESIS PRIORITARIA DE FRACTURA DE CLAVICULA DERECHA

FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL DE 4 DEDO MANO IZQ

MATERIAL DE SINTESIS ; SET DE PLACAS EN S PARA CLAVICULA BLOQUEADAS Y 2 CLAVOS K DE 1.5

DIA LUNES 5-06-2023

DURACION 1 HORA

HOSPITALIZADO

**** FECHA: 23.06.04-08:44:01 MEDICO: / (DR(A), FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPIEDIA)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57801

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

DOC.IDENT: CC 83237437 SEXO: MASCULINO DIRECCION: YAGUARA
FCHA.NACTO: 1972.03.10 EDAD: 51 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3124408328
EST.CIVIL: SOLTERO RH: B+

**** EVOLUCION:**

NOTA ACLARATORIA: VALORACION MEDICA INMEDIATAMENTE ANTERIOR CORRESPONDE A DR FRANCISCO GARCIA - ORTOPEDISTA; FUE REALIZADA CON EL USUARIO INCORRECTO.

** FECHA: 23.06.04-08:47:29 MEDICO: / (DR(A).ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)

.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 11 - SALA DE YESOS

HORA INICIAL/FINAL: 08:25 / 08:45 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

***** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO *****

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO Y MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** FECHA: 23.06.04-08:47:51 MEDICO: / (DR(A).ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**

**** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO ****

EN SALA DE: SALA DE YESOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO Y MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

** FECHA: 23.06.04-10:18:40 MEDICO: / (DR(A).JCO - JUAN CARLOS ORTIZ - C.C. 7700816 - REG. MEDICO: 62/01 - NEUROCIRUGIA)

.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO LA NOCHE ANTERIOR, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO), ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO QUE REMITE A NUESTRA INSTITUCION

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN HEMICARA CARA Y HEMICRANEO CRANEO DERECHO Y EN EXTREMIDADES

GLASGOW 15

TAC CEREBRAL: CONTUSION TEMPORAL IZQUIERDA, EDEMA CEREBRAL HEMISFERICO IZQUIERDO

IDX: TRAUMA DE CRANEO

CONTUSION TEMPORAL IZQUIERDA



CLINICA DE FRACTURAS Y
NIT.: 800110181-9
CLL 18 N 6 65 NEIVA-HUILA

EPICRISIS No. 57801

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

DOC.IDENT: CC 83237437 SEXO: MASCULINO DIRECCION: YAGUARA
FCHA.NACTO: 1972.03.10 EDAD: 51 A CIUDAD: YAGUARA TEL: 3124408328
EST.CIVIL: SOLTERO RH: B+

EDEMA HEMISFERICO IZQUIERDO

ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, QUE POR AHORA NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO
PLAN: HOSPITALIZACION
ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA
TAC CEREBRAL DE CONTROL EN LA TARDE

**** FECHA: 23.06.04-12:52:58 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** EVOLUCION:**

PAIENTE SOLICITADO EN SALAS DE CIRUGIA POR CIRUGIA PLASTICA
PENDIENTE HOSPITALIZAR POR ORTOPEDIA Y NEUROCIROGIA, TAC CEREBRAL CONTROL.

**** DEL EGRESO**

**** FECHA: 23.06.04-12:53:15 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)**
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

**** PLAN DE MANEJO:**
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.06.04-12:53:05 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

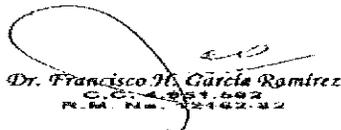
DIAGNOSTICOS AL EGRESO

CONFIRMADO: S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

TIPO GRADO

CERRADA
CERRADA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO


Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C.: 4.951.692
R.M. N.º: 32162.32

DR@. FRANCISCO HERNANDO
GARCIA
REG. MED: 455



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 160863

Orden de Servicio N°: 180-1 -160863

Fecha 2023/06/4

Nombre Paciente: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

- 83237437 Edad: 51

Sexo: M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S602-CONTUSION DELAS MANOS
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S810-HERIDA DE LA RODILLA

Diagnósticos Definitivos:

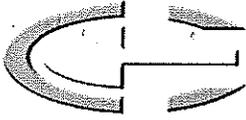
1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S602-CONTUSION DELAS MANOS
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S810-HERIDA DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	MÚdico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASIONES MULTIPLES EN CARA + ABRASIONES EN MANOS BILATERALES + HERIDA EN RODILLA DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, SIN SIGNOS DE DEHICENCIA, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

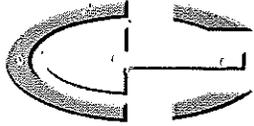
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,23-Ago-2023

16:17:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
 CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2023.06.0 04:17
 001 0 SOAT OTRO REGIMEN 51 Años Fecha Egreso :
 PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
 83237437 CUELLAR ANDRADE SERAFIN 1 NIVEL I YAGUARA YAGUARA 3124408328

FECHA	Tar	Código	Descripción del ítem	Vendedor	Cantidad
2023.06.04	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	PGJ	1.00
2023.06.04	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	6.00
2023.06.04	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.06.04	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00
2023.06.04	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 160863

Orden de Servicio N-mero: 180-1 -160863

Fecha 2023/06/4

Nombre Paciente: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

- 83237437 Edad: 51

Sexo: M

Quien Realiza: ARS- ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER

Sala: 11 SALA DE YESOS

Diagnósticos Previos:

1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S602-CONTUSION DELAS MANOS
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S810-HERIDA DE LA RODILLA

Diagnósticos Definitivos:

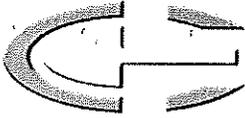
1. S066-HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S420-FRACTURA DE LA CLAVICULA DER
4. S626-FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S810-HERIDA DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Via
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	ARS	-
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	ARS	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO Y MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,23-Ago-2023

16:17:1

ENTIDAD RESPONSABLE	AT15)	TIPO CONTRATO	ANEXO1	VIA INGRESO	URGENCIAS
860028415	LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		MOTIVO 01	URGENCIAS ACCIDENTE
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	Fecha Ingreso:	2023.06.0 04:17
001 0 SOAT		OTRO REGIMEN	EDAD	Fecha Egreso :	
			51 Años		
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
83237437	CUELLAR ANDRADE SERAFIN	1 NIVEL I	YAGUARA	YAGUARA	3124408328

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.06.04	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	ARS	1.00
2023.06.04	ME	VENDA4X5	VENDA ALGODON 4X5	ARS	1.00
2023.06.04	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 4X5	ARS	1.00

PACIENTE: 83237457

CUELLAR ANDRADE SERAFIN

EDAD: 51

DIRECCION: YAGUARA

TELEFONO: 3124408328

ENTIDAD: ATI501 LA EQUIDAD SEGUROS

AREA SERV.: URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-57041

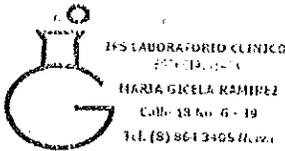
FECHA SINIESTRO: 2023.06.03

N° POLIZA: 8081769300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 4 de junio de 2023						
04:43:00	DICLOFENACO 75MG /3ML.	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	TRAMADOL.CLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	6.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 19.00



Quirinal

CUELLAR ANDRADE SERAFIN

8323/437

Masculino

51 Años

Laboratorio Clínica Quirinal

Página 1 De 2
2023-06-04 05:08
2023-06-04 05:21

Orden No. 202306040010

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Nombre	Unidad	Valor	Referencia
--------	--------	-------	------------

HEMATOLOGIA

Homograma IV

Recuento de Leucocitos	11.55	x 10 ³ /ul	04/06/2023 05:21
Recuento de Globulos Rojos	4.43	x 10 ⁶ /ul	04/06/2023 05:21
Hemoglobina	13.5	g/dl	11.0 - 15.0 04/06/2023 05:21
Hematocrito	37.4	%	36.0 - 48.0 04/06/2023 05:21
Volumen Corpuscular Medio	84.5	fl.	80.0 - 99.0 04/06/2023 05:21
Hemoglobina Corpuscular Media	30.5	pg	26.0 - 32.0* 04/06/2023 05:21
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	36.1	g/dl	32.0 - 36.0 04/06/2023 05:21
Recuento de Plaquetas	166	x 10 ³ /ul	150 - 450 04/06/2023 05:21
Neutrofilos %	67.5	%	50.0 - 70.0 04/06/2023 05:21
Linfocitos %	24.2	%	20.0 - 40.0 04/06/2023 05:21
Monocitos %	7.5	%	1.0 - 8.0 04/06/2023 05:21
Eosinofilos %	0.80	%	3.00 - 7.00 04/06/2023 05:21
Basofilos %	0.00	%	0.00 - 1.00 04/06/2023 05:21
Neutrofilos #	7.80	x 10 ³ /ul	2.00 - 7.80 04/06/2023 05:21
Linfositos #	2.79	x 10 ³ /ul	0.60 - 4.10 04/06/2023 05:21
Monocitos #	0.87	x 10 ³ /ul	0.10 - 1.80 04/06/2023 05:21
Eosinofilos #	0.09	x 10 ³ /ul	0.30 - 0.70 04/06/2023 05:21
Basofilos #	0.00	x 10 ³ /ul	0.00 - 0.10 04/06/2023 05:21
Volumen Plaquetario Medio	9.0	fl.	7.4 - 10.4 04/06/2023 05:21
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.4	fl.	39.0 - 46.0 04/06/2023 05:21
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.7	%	11.5 - 14.5 04/06/2023 05:21
PDW	15.5		04/06/2023 05:21
PCT	0.150	%	04/06/2023 05:21

Validado por: Camilo Bautista
BACTERIOLOGO

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP	17.10	seg	11.30 - 18.30	04/06/2023 05:21
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	34.40	seg	22.00 - 38.00	04/06/2023 05:23
INR	1.35			04/06/2023 05:21

Validado por: Camilo Bautista
BACTERIOLOGO



I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
 MARIA GICELA RAMIREZ
 NIT: 900.422.862-8
 Calle 18 No. 6 - 39
 Tel. (8) 864 3405 Neiva

CERTIFICACION

Los suscritos MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE GERENTE y MARIA FERNANDA CASTAÑEDA NARANJO CONTADORA GENERAL de I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S., con NIT No. 900.422.862-8, certifican que la entidad CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA con NIT No. 800.110.181-9 se encuentra a PAZ Y SALVO en los pagos de las facturas correspondientes a los años 2021, 2022 y de los meses de ENERO a JUNIO de 2023, por concepto de SERVICIO DE LABORATORIOS CLINICOS TOMADOS A PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para su constancia de firma en Neiva a los quince (15) días del mes de agosto de 2023.

+++++
 C.C. No. 36166856 NEIVA
 Gerente

+++++
 C.C. No. 36309066 NEIVA
 Contador Público
 T.P. No.123297-T

UCCI Red

680.3.1974

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

Gloria pascuas polania

Fecha/Hora Último Ingreso: 2023/08/10 15:26

Consultas

> Consulta y Anulación de Pagos a Terceros y Débitos Automáticos

Consulta y Anulación de Pagos a Terceros y Débitos Automáticos

Resumen Registros Cargados

Parámetros de consulta

Tipo Producto	Nombre Producto	No. Producto
Todos los productos seleccionados		

Tipo Archivo	Fecha
Pagos a Terceros	Hoy

Descripción de Estados

Seleccionar	Beneficiario/Cliente a Debitar	No. Producto Origen/Recaudador	Fecha Pago/Débito	Valor Transacción	Estado
<input type="checkbox"/>	ARPA MEDICAL SA	380070417	2023/08/11	\$2,109,920.00	DEB
<input type="checkbox"/>	RACHID GORRON MALOOF	380070417	2023/08/11	\$3,166,397.00	DEB
<input type="checkbox"/>	WILSON BARON	380070417	2023/08/11	\$5,144,108.00	DEB
<input type="checkbox"/>	TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD SAS	380070417	2023/08/11	\$7,421,245.00	DEB
<input type="checkbox"/>	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA GISELA RAM	380070417	2023/08/11	\$35,939,077.00	DEB

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	IPS LABORATORIO CLINICO MARIA GISELA RAM	No. Producto Destino	076300032182
No. Identificación	9004228628	Entidad Financiera	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Corriente	No. Comprobante	11002023
No. Producto Origen/Recaudador	380070417	Forma de pago	Abono a cuenta entidad ACH
Fecha Pago/Débito	2023/08/11	Aviso al beneficiario	N
Fecha Transacción	2023/08/11	Estado de Aviso	-
Valor Transacción	\$35,939,077.00	Fecha de Aviso	-
Comisión	\$0.00	Medio Utilizado	-
IVA	\$0.00	No. Transacción	380A321232230003
Estado	DEB	Información Adicional	-
Descripción de Estado	Debitado	Fecha Cobro	-
Causal de Rechazo	-	No. Factura	8638-8743
No. Control	2322300SQ	Oficina Pago	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	Usuario Creador	Gloria pascuas polania



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
 MARIA GICELA
 NIT 900.422.862-8
 CLL 18 # 6-39
 Tel: (608) 8643405
 Nelva - Colombia
 mafec47@yahoo.com



Factura electrónica de venta
 No. FE 8538

Señores CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA
 NIT 800.110.181-9 Teléfono (608) 0000000 - Ext. 000
 Dirección CALLE 18 6 65 Ciudad Nelva - Colombia

Fecha y hora Factura
 Generación 22/06/2023, 11:24
 Expedición 22/06/2023, 11:24
 Vencimiento 22/07/2023

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	1.00	17,166,870.00

Total Items: 1

Valor en Letras:

Diecisiete millones ciento sesenta y seis mil ochocientos setenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-07-22 por \$ 17,166,870.00

Total Bruto	17,166,870.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	17,166,870.00

Observaciones:

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS
 DURANTE EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 18764042150229 aprobado en 20221229 por el perfil FE desde el número 8001 al 9500 Vigencia: 12 Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 0691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0.0%

CUFE: b2f2806319134b1277c21372f924b17ab90297ffdc7e1d249258da002faed49a49e9f43c2e592301638b9a4960387bd

Firma del Emisor y Proveedor Tecnológico Siglo SAS - Nit 210048104-8 Nombre Software Siglo Nube Firma Electrónica Ver en el XML

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)
POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Praclo
6010001	55131081	39 Años	VITOBIS ALVIRA LEINA CARINA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902210		Hemograma IV	32.100
6010043	1012447335	25 Años	ARAUJO GARCIA YURI BIBIANA	
	902210		Hemograma IV	32.100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6010061	1084924192	12 Años	GUTIERREZ PINACUE JORGE	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210		Hemograma IV	32.100
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
6020002	12128643	67 Años	ROJAS GUIO ANIBAL	
	902210		Hemograma IV	32.100
	903856		NITROGENO UREICO	15.500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6020046	1075286959	28 Años	RAMIREZ CAÑON DANIA LIZETH	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
	902210		Hemograma IV	32.100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6020053	38287363	48 Años	RUBIANO VANEGAS ZULMA BEATRIZ	
	902210		Hemograma IV	32.100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6020059	1083841400	3 Años	NAÑEZ ORTIZ SOFIA JADELLY	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
	902210		Hemograma IV	32.100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

902210			Hemograma IV	32.100
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6040004	1004416252	28 Años	GONZALEZ CARDOZO MARIBEL	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902210			Hemograma IV	32.100
6040005	1077224737	18 Años	CASTRO PEREZ KELLY VALENTINA	
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902210			Hemograma IV	32.100
6040006	1006517491	19 Años	TORRES MEDINA ANDRES	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902210			Hemograma IV	32.100
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
6040007	7716990	43 Años	DIAZ MENDEZ BLADIMIR	
902210			Hemograma IV	32.100
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6040008	1076219856	18 Años	FIERRO PEREZ INGRID LORENA	
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902210			Hemograma IV	32.100
6040010	83237437	61 Años	CUELLAR ANDRADE SERAFIN	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902210			Hemograma IV	32.100
6040011	1076543071	29 Años	VILLAMIZAR VANEGAS JOSE LUIS	
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
903858			NITROGENO UREICO	15.500
902210			Hemograma IV	32.100
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6040015	1076790424	19 Años	ROCHA GOMEZ DIEGO ARMANDO	
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902210			Hemograma IV	32.100
6040016	14232897	62 Años	RIVERA CRUZ JORGE ALBERTO	
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902210			Hemograma IV	32.100
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS
SETENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) (\$17,166,870.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS
BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023 (1RA QUINCENA).

902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
6150004	4949864	67 Años	TOVAR TOVAR ARGENIO	
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
903856			NITROGENO UREICO	15.500
6150062	1080189928	22 Años	PASTRANA LOSADA DAYAN FERNANDO	
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902210			Hemograma IV	32.100
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
6150053	7725527	40 Años	PUNTES GODDY GERMAN AUGUSTO	
903841			GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR	19.300
903895			CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18.600
902210			Hemograma IV	32.100
902049			TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45.600
902045			TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46.800
SUBTOTAL				\$ 19.074.300
MENOS 10%				\$ 1.907.430
TOTAL				\$ 17.166.870



INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.28

HORA: 16:56:31

PAGINA No: 1

Numero: 79648 Fecha Ex. 04/06/23 Hora 16:54

Nombre Paciente: 83237437 CUELLAR ANDRADE SERAFIN

Dirección: YAGUARA

Telefono: 3124408328 Edad: 51 A Sexo: M

Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE

Prioridad: MEDIA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro derecho observándose la articulación escapula humeral con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas. Es evidente la presencia de fractura ligeramente desplazada del tercio medio de la clavícula. Moderado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales. Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano derecha observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas. Moderado edema de los tejidos blandos de la mano.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda en la que se advierte focos de fracturas ligeramente desplazada e impactada proximal de la primera falange del dedo anular de la mano izquierda. Edema de los tejidos blandos adyacentes al foco de fractura.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte extenso edema de los tejidos blandos y hematoma subgaleal frontotemporo parietal derecho.

En el examen se advierte una banda laminar lineal radiolúcida parietal posterior derecha significativa de foco de fractura sin hundimiento.

En la fosa posterior el cuarto ventrículo el tallo cerebral y los lóbulos cerebelosos no muestran cambios.

Llama la atención en el examen la presencia de áreas de contusión del tejido nervioso con focos de sangrado predominantemente corticales temporales izquierdos y alrededor de la espina esfenoidal de mismo lado.

Puede corresponder a contusión por contra golpe.

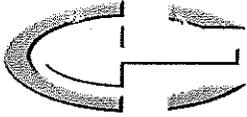
Hallazgos estos que requieren de seguimiento y control.

Las cisternas de la base de la línea media, el sistema ventricular supratentorial no muestra alteraciones.

No hay desplazamiento de las estructuras de la línea media.

Disminución del espacio subaracnoideo cortical hacia los planos altos de las convexidades del lado izquierdo.

También hay imagen de engrosamiento y aumento de densidad de la fisura interhemisférica que puede estar relacionado con hemorragia subaracnoidea a este nivel.

**INFORME DE IMAGENOLOGIA****CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**

NIT: 800110181

DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.08.28

HORA: 16:56:32

PAGINA No: 2

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo

 <p>CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila</p>	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 2023

Señores ECUIDAD
 Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo SERAFIA CUELLAR ANDRADE identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 83237438, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad ECUIDAD, producido de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT , ARL , PREPAGADA , SEG.ESTUDIAN'TIL , EPS .

Atentamente

Paciente HUELLA

Firma
 Nombre:
 c.c.

Acudiente o Representante HUELLA

Firma
 Nombre:
 c.c.

Fecha: 03/06/2023

Página -1 de 1

Usuario: LEIDY GOMEZ



ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - YAGUARA
REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA - A: OTRA INSTITUCIÓN
 CÓDIGO: 813003431 ESE LAURA PERDOMO GARCIA
 MUNICIPIO: YAGUARA
 FECHA SOLICITUD: 03/06/2023 ESPECIALIDAD SOLICITANTE: MEDICINA GENERAL
 URGENCIAS
 SERVICIO AL QUE REMITE: URGENCIAS

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: CC. 83237437 Paciente CUELLAR ANDRADE SERAFIN
 Fecha Nacimiento: 10/03/1972 Edad: 51 año(s) Sexo MASCULINO
 Residencia Habitual: COLOMBIA* HUILA* YAGUARA
 Responsable del Paciente
 --
 Residencia Actual: YAGUARA

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

Régimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben: Nombre EPS/ARS/CAJA: EQUIDAD SEGUROS Nivel de Pobreza: SOAT

SERVICIOS SOLICITADOS

VALORACION URGENTE POR ORTOPEdia

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

OBSERVACIONES

VALORACION URGENTE POR ORTOPEdia

REMISIÓN DE PACIENTES

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

PACIENTE ADULTO DE XX AÑOS DE EDAD* QUE FUE ENCONTRADO TIRADO EN CA CARRETERA VIA YAGUARA NEIVA* SITIO DENOMINADO LA CHORRERA. Y TRAI DO AL SERVICIO DE URGENCAIS POR AMBULANCIA. PACIENTE RECONOCIDO POR HABITANTES DEL MUNICIPIO DE YAGUARA COMO SERAFIN* PERO ESTA INDOCUMENTADO.

REFIERE LA ENFERMERA DE LA AMBULANCIA* QUE ENCONTRO AL PACIENTE EN CUNETA DE LA CARRETERA* INCONSCIENTE CON MULTIPLES ESCORIACIONES EN HEMICUERPO DERECHO Y HEMICARA DERECHA.

EXAMEN FISICO: TA 130/74 FC 98 LPM SATURACION OXIGENO 975

PACIENTE CON ALIENTO ALCOHOLICO* SOMNOLIENTO* PINRI* ESCLERAS ANICTERICAS* MULTIPLES

ESCORIACIONES EN HEMICARA DERECHA* ORL MUCOSAS ROSADAS* GRAN ALIENTO ALCOHOLICO* CUELLO NORMAL* HOMBRO DERECHO CON GRAN ESCORIACION Y DOLOR INTENSO A MOVILIZACION Y PALPACION* CLAVICULA DERECHA CON FRACTURA EN TERCIO MEDIO* REJA COSTAL DERECHA DOLOR INTENSO* POSIBLE FRACTURA EN LEÑO VERDE* RESPONDE A ESTIMULACION DOLOROSA EN EXTERNON* CARDIACO RUIDOS TAQUICARDICOS* SIN SOBRE AGREGADOS* PULMONES NORMOVENTILADOS* CADERA NORMAL NO EVIDENCI FRACTURAS* EXTREMIDADES NORMALES* NEUROLOGICO PACIENTE SOMNOLIENTO PERO RESPONDE AL ESTIMULO DOLOROSO.

DE INMEDIATO SE CANALIZA CON RINGER SE PASAN 500 CC DE RINGER Y TIAMINA* Y SE APLICA IM TOXOIDE TETANICO* GLUCOMETRIA DE 75 MG/DL* EL PACIENTE DESPIERTA* ESTA ALICORADO* VERBORREICO* NO NADA* PERO REFIERE QUE LE DUELE TODO EL CUERPO* LA VABEZA* LA CADERA Y EL LADO DERECHO DE SU CUERPO.

SE DA DIAGNOSTICO DE * FRACTURA DE CLAVICULA DERECHA* FRACTURA DE REJA COSTAL DERCHA* POSIBLE FRACTURA DE CADERA DERECHA A ESTABLECER Y TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO.

PACIENTE REQUIERE TOMA DE RX* MANEJO POR ORTOPEDIA* POR LO CUAL SE REMITE A ESA ESPECIALIDAD.

DEJAR EN REANIMACION MIENTRAS SE TRASLADA EN REMISION

RINGER 500 CC EN BOLO Y LUEGO A 100 C CHORA

GLUCOMETRIA QUE DIO 75 MG/DL

CURACION DE TODAS SUS HERIDAS

TOXOIDE TETANICO 1 AMP IM YA

DIPIRONA 1 G IM YA

DICLOFENAC 75 MG IM YA

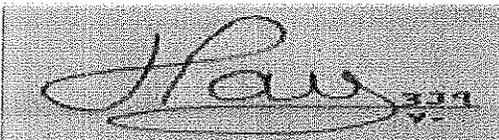
REMISION URGENYTE A ORTOPEDIA

CSV Y AC

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante:

HERNAN SANCHEZ ORTIGOZA

Firma



Registro 12137196

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1984
YAGUARA
 (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
 1.47 O+ F
 ESTATURA G.S. RH SEXO
 05-FEB-2002 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
 REGISTRADOR NACIONAL
 PARA CUBIR ESCUELA

INDICE DERECHO

P-1909400-0103591-F-0026507898-20020710 0239302197A 01 122979161

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
26807898
 NUMERO
CUCHIMBA ANDRADE
 APELLIDOS
NOHEMI
 NOMBRES
 CUCHIMBA ANDRADE ANDRADE



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
 BLINDAJE POTENCIA HP
 ***** 10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
 902022000084223 VE FECHA IMPORT. PUERTAS
 1 24/05/2022 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA 13/06/2022 **FECHA EXP. LIC. TTD.** 19/10/2022 **FECHA VENCIMIENTO** *****
ORGANISMO DE TRÁMITE
 INST TOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

INDICE DERECHO

LT02007321656

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027494980

PLACA EWD51G	MARCA VICTORY	LÍNEA NITRO 125	MODELO 2023
CILINDRADA CC 124	COLOR GRIS GRAFITO NEGRO NEBULOSA	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERÍA	CONSULTABLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSI 2
NÚMERO DE MOTOCICleta 157FM13N1008052	REG N	VIN 9GFPCJ2E9PKE09012	REG N
NÚMERO DE SERIE 9GFPCJ2E9PKE09012	REG N	NÚMERO DE CHASIS 9GFPCJ2E9PKE09012	REG N

PROPIETARIO(S) APELLIDOS(S) Y NOMBRES(S)
CUCHIMBA ANDRADE NOHEMI
 IDENTIFICACIÓN
C.C. 26807898

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1972
YAGUARA
 (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
 1.60 B+ M
 ESTATURA G.S. RH SEXO
 29-ENE-1991 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
 REGISTRADOR NACIONAL
 PARA CUBIR ESCUELA

INDICE DERECHO

A-1909400-01083602-M-0083237437-20190713 0066381008A 1 9908432823

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 NUMERO **83.237.437**
CUELLAR ANDRADE
 APELLIDOS
SERAFIN
 NOMBRES
 SERAFIN CUELLAR





MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHICULO:	EWD51G	ESTADO DEL VEHICULO:	ACTIVO
HRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027494990	TIPO DE SERVICIO:	Particular
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHICULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	NITRO 125
MODELO:	2023	COLOR:	GRIS GRAFITO NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFPCJ2E9PKE09012	NÚMERO DE MOTOR:	157FM13N1008052
NÚMERO DE CHASIS:	9GFPCJ2E9PKE09012	NÚMERO DE VIN:	9GFPCJ2E9PKE09012
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD.MM/AAAA):	13/06/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL. HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	HRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHICULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha Inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expedite SOAT	Estado
8081769300	11/06/2022	12/06/2022	11/06/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

 Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

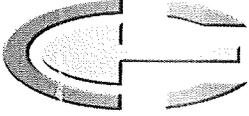
Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:
 LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-51236 fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es CUELLAR ANDRADE SERAFIN

HISTORIA No. 83237437

GLOSA No: ZGL-1-41250

SINIESTRO: 51236

>> ITEM GLOSADO 1: S01-21701- CRANEO SIMPLE

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

108
 AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 622600.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA PACIENTE PRESENTA EN CABEZA ABRASIONES EXTENSAS CON DOLOR EN TODA LA REGION FRONTAL, TEMPORAL DERECHA Y OCULAR DERECHO. POR LO QUE SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE TOMA DELTAC DE CRANEO REALIZADO. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 2: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 4892.00

JUSTIFICACION:

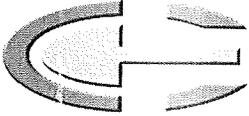
107
 MEDICAMENTOS

Recibido!

17 de Noviembre del 2023

20212543





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2023/11/14

SEÑORES:

LA EQUIDAD SEGUROS

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No: 240-FEC1-51236** fechada el día 23.09.04 cuyo paciente es CUELLAR ANDRADE SERAFIN

HISTORIA No. 83237437

GLOSA No: ZGL-1-41250

SINIESTRO: 51236

>> **ITEM GLOSADO 1:** S01-21701- CRANEO SIMPLE

- **ESTATUS ACTUAL:** VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 622600.00

JUSTIFICACION:

108

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- **ESTATUS ACTUAL:** VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 622600.00

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EN LA PAGINA 1 DE LA EPICRISIS EN LOS HALLAZGOS DE LA VALORACION FISICA EL PACIENTE PRESENTA EN CABEZA ABRASIONES EXTENSAS CON DOLOR EN TODA LA REGION FRONTAL, TEMPORAL DERECHA Y ANGULO OCULAR DERECHO. POR LO QUE SE ACLARA QUE EL DOLOR ES UNO DE LOS SINTOMAS DE UNA FRACTURA Y LA DEFORMIDAD PUEDE ESTAR O NO PRESENTE SOLO SI LA FRACTURA ESTA DESPLAZADA. POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DELTAC DE CRANEO REALIZADO. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACULTAD DE CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

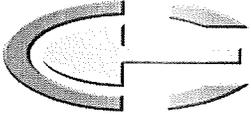
>> **ITEM GLOSADO 2:** BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- **ESTATUS ACTUAL:** VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 4892.00

JUSTIFICACION:

107

MEDICAMENTOS



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 4892.00 SE ANEXA DESCRIPCION DE LA SALA DE CURACION E INSUMOS.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE LA DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO DONDE SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DEL CLORURO PARA EL BARRIDO QUE SE REALIZA EN LAS HERIDAS. POR TANTO, SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 3: LIF-AGUJA18-UNID AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 NUEVA GLOSA 200.00

JUSTIFICACION:

106

MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:
 CONTESTADA 1 INSTANCIA 200.00 SE ANEXA SOPORTE DE APLICACION DEL MEDICAMENTO.

JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LE FUE APLICADO TRAMADOL MEDICAMENTO QUE PARA SU APLICACION ES NECESARIA DE LA AGUJA HIPODERMICA. POR CONSIGUIENTE, SE PIDE PAGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,922,845.00
VALOR GLOSADO :	627692.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	627692.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
 Gerente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPIEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
 QUIEN RESPONDE

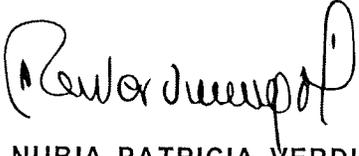
	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT				No. Egreso
	RECIBIDO 08 NOV 2023				

No.	20196373	No.	179335	Siniestro	90721059	No. Factura	FEC151236			
Amparo	1	Gastos médicos		Fecha siniestro	03/06/2023	Fecha aviso	10/10/2023	Fecha recepción		10/10/2023
Fecha formalización	10/10/2023	Fecha liquidación	30/10/2023	Póliza	808176930	Vigencia	12/06/2022	hast	11/06/2023	
Id tomador	26607898		Nombre tomador							
Id beneficiario	800110181		Nombre beneficiario CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA							
Id accidentado	83237437		Nombre SERAFIN CUELLAR ANDRADE							
Id reclamante	800110181		Nombre reclamante CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA							
Diagnósticos	S400						Ciuda	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
2	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		100%	172,200	0	172,200
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
2	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	125,600	0	125,600
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	162,800	0	162,800
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE UN 21701 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS Y SIN DÉFICIT NI ALTERACIÓN NEUROLÓGICA QUE SOPORTEN SU REALIZACIÓN.	100%	622,600	622,600	0
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	30,900	0	30,900
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT		100%	45,000	0	45,000
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)		100%	43,700	0	43,700
2	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%, 100%	140,000	0	140,000
1	39132	VALORACIÓN INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO		100%	55,100	0	55,100
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	64,500	0	64,500
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	86,100	0	86,100
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , , ,	100%	49,545	4,892	44,653
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJA HIPODÉRMICA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		6,600	200	6,400

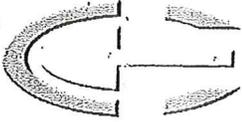
1001	Cobrado	1,922,845
1002	Obj. Parcial	627,692
1003	Liquidado	1,295,153

Liquidación: ALEJANDRA.ESCOBAR	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico: DRA. CLAUDIA MORENO.
-----------------------------------	----------	-------------	---



NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 160863

Orden de Servicio N°mero: 180-1 -160863

Fecha 2023/06/4

Nombre Paciente: CUELLAR ANDRADE SERAFIN

- 83237437 Edad: 51

Sexo: M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagnósticos Previos:

1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S602-CONTUSION DELAS MANOS
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S810-HERIDA DE LA RODILLA

Diagnósticos Definitivos:

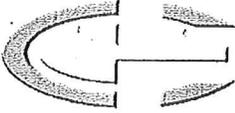
1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
4. S602-CONTUSION DELAS MANOS
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
6. S810-HERIDA DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripción: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASIONES MULTIPLES EN CARA + ABRASIONES EN MANOS BILATERALES + HERIDA EN RODILLA DERECHA SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, SIN SIGNOS DE DEHICENCIA, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE SOLUCION.



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
 NIT: 800110181-9
 CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,23-Ago-2023

16:17:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) TIPO CONTRATO ANEXO1 VIA INGRESO URGENCIAS
 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO MOTIVO 01 URGENCIAS ACCIDENTE
 CONTRATO/PLAN REGIMEN EDAD ANEXO2: Fecha Ingreso: 2023.06.0 04:17
 001 0 SOAT OTRO REGIMEN 51 Años Fecha Egreso :
 PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
 83237437 CUELLAR ANDRADE SERAFIN 1 NIVEL I YAGUARA YAGUARA 3124408328

FECHA	Tar	Código	Descripción del Item	Vendedor	Cantidad
2023.06.04	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	PGJ	1.00
2023.06.04	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	6.00
2023.06.04	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.06.04	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00
2023.06.04	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00

PACIENTE: 83237457 CUELLAR ANDRADE SERAFIN EDAD: 51
 DIRECCION: YAGUARA TELEFONO: 3124408328
 ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS AREA SERV.: URGENCIA.
 N° SINIESTRO: ZSI-1-57041 FECHA SINIESTRO: 2023.06.03 N° POLIZA: 8081769300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : domingo, 4 de junio de 2023						
04:43:00	DICLOFENACO 75MG/3ML.	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	TRAMADOL.CLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:43:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	6.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
04:43:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 19.00

Señor

JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE NEIVA (REPARTO)

E. _____ S. _____ D. _____

SANCHEZ TOSCANO & CIA SAS con Nit: 901025052-1, representada legalmente por la Doctora **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H), abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, muy respetuosamente me permito formular ante su despacho **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE UNICA INSTANCIA**, para que se sirva el Señor Juez mediante providencia declarar la responsabilidad del pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparadas por el SOAT expedido por **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**.

NOMBRE DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- Concorre como demandante la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, con NIT. 800.110.181-9, representada legalmente por la Dra. **MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS**, identificada con la cédula de ciudadanía No.55.151.445 expedida en Neiva - Huila.
- Intervendrá como demandada la empresa **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, con **NIT 860.028.415-5** representada legalmente por **NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA**, identificado con la cedula de ciudadanía No.94.311.640 o quien haga sus veces en el momento de la notificación de la demanda.

DOMICILIO DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- La demandante sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.**, tiene su domicilio en la Calle 18 No. 6 - 65 de la ciudad de Neiva.
- La demandada **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, tiene su Domicilio en BOGOTÁ, en la Cr 9A N°. 99-07 To 3 P 14 .

NOMBRE, DOMICILIO Y DIRECCION DE LA APODERADA JUDICIAL DE LA DEMANDANTE

- Actúa como apoderada judicial de la demandante la suscrita abogada **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 116.256 del C. S. de la J., domiciliada en la carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva (H).

PRETENSIONES

PRIMERA: Se declare que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.** con **NIT 860.028.415-5**, es deudora de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con **NIT. 800.110.181-9** por las cuantías contenidas en las facturas que relaciono a continuación y sus respectivos valores, en ocasión del servicio de salud médico-hospitalario prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas con la póliza SOAT expedida por la anteriormente mencionada aseguradora.

ITEM	FACTURA	POLIZA	VALOR DE LA FACTURA	VR. GLOSA
1	50848	8,085,413,600	\$1,499,701	\$104,000

2	50849	8,085,413,600	\$8,597,119	\$189,200
3	50912	8,088,418,700	\$7,502,673	\$1,006,119
4	50920	8,088,943,600	\$3,166,799	\$1,954,000
5	50921	8,088,943,600	\$7,025,572	\$1,434,600
6	50930	8,083,137,700	\$747,400	\$747,400
7	50931	8,083,137,700	\$8,988,976	\$8,988,976
8	50932	8,083,137,700	\$285,892	\$285,892
9	51198	8,090,629,000	\$874,350	\$622,600
10	51200	8,093,814,900	\$2,510,792	\$2,005,400
11	51209	8,116,584,900	\$1,129,988	\$21,092
12	51236	8,081,769,300	\$1,922,845	\$627,692
TOTAL.....				\$17.986.971

SEGUNDO: Se condene a la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, con **NIT 860.028.415-5**, a pagar las sumas de dinero que relaciono a continuación, derivadas de las facturas, así mismo se solicita que sobre las dichas facturas se ordene el pago de los intereses moratorios del saldo insoluto, de acuerdo en lo consagrado en el art 41 numeral 1 del Decreto 056 de 2015, que expresa:

"Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.:"

1. \$ 104,000 saldo insoluto de la **factura No. 50848**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
2. \$ 189,200 saldo insoluto de la **factura No. 50849**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
3. \$ 1,006,119 saldo insoluto de la **factura No. 50912**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
4. \$ 1,954,000 saldo insoluto de la **factura No. 50920**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
5. \$ 1,434,600 saldo insoluto de la **factura No. 50921**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
6. \$ 747,400 saldo insoluto de la **factura No. 50930**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
7. \$ 8,988,976 saldo insoluto de la **factura No. 50931**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.

8. \$ 285,892 saldo insoluto de la **factura No. 50932**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
9. \$ 622,600 saldo insoluto de la **factura No. 51198**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
10. \$ 2,005,400 saldo insoluto de la **factura No. 51200**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
11. \$ 21,092 saldo insoluto de la **factura No. 51209**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.
12. \$ 627,692 saldo insoluto de la **factura No. 51236**, presentada para su pago el **10/10/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (11/11/2023) y hasta que se verifique su pago.

TERCERA: Que se condene en costas a la demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

HECHOS

1. **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, en cumplimiento de la obligación impuesta por el **artículo 168 de la ley 100 de 1993**, el **artículo 67 de la Ley 715 de 2001** y el **Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 del 2016**, brindó atención médica-hospitalaria de acuerdo a su nivel de complejidad, en la ciudad de Neiva, a las personas lesionadas y que se encuentran amparadas por el SOAT expedido por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., **como se relaciona en el cuadro adjunto en la PRETENSION PRIMERA**, este servicio se prestó de acuerdo a lo estipulado en las normas citadas, no necesitándose contrato ni orden previa para su prestación.
2. La sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, en cumplimiento de un **mandato legal** tal como se indica en el hecho 1 de las obligaciones impuestas por los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015, compilado **Decreto 780 de 2016**, presentó para su pago ante **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, **las facturas PREVIAMENTE RELACIONADAS EN EL CUADRO ADJUNTO DE LA PRETENSION PRIMERA**. Se allegan como anexos de cada factura los documentos exigidos en el artículo 26 numeral 2 (Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, cuando se trata de una víctima de accidente de tránsito) del **Decreto 056 del 2015**, compilado **Decreto 780 de 2016**.
3. Al ser presentadas las facturas para su reclamación de pago ante la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, presentó en cada una de ellas la negación del pago total y la consecuente imposición de glosas por parte de la aseguradora, las cuales a su vez fueron contestadas no aceptándolas con argumentos facticos y jurídicos por parte de la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.** Al contar con la totalidad de documentos que permiten observar la obligación ejecutada, se busca una solución en sede ordinaria, encontrando sustento en el pronunciamiento de la Corte Constitucional

en fallo de **auto A-2076 de 2023**, el cual indica que La jurisdicción ordinaria en su especialidad Laboral tiene competencia para conocer la controversia económica originada de una relación extracontractual en la que se demanda por la vía ordinaria a una sociedad privada por servicios de Salud, hospitalario y farmacéuticos a las víctimas de accidentes de tránsito que a la fecha de atención estuvieran amparadas por SOAT.

4. A pesar de estar vencidos los términos legales, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, no realizó los pagos dentro de los términos indicados, no obstante, de manera extemporánea realizó pagos, los cuales fueron aplicados a cada factura, tal y como quedó estipulado en el cuadro anterior. Hecho que se puede verificar en el anverso de cada factura donde se encuentra sello de estado de pago, donde se indica si existió pago alguno, tal como lo exige el #3 del art. 774 del C. Co.:

*"3. El emisor vendedor o prestador del servicio, **deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.**" (Negrilla fuera de texto)*

5. El artículo 1080 del Código de Comercio, faculta a mi poderdante para solicitar el cobro de la mora a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, sobre los valores adeudados de cada factura, un mes después de la fecha de radicada cada factura, Así mismo el art 41 del Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

*"El pago por parte de dichas compañías, **deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.**" (Negrilla fuera de texto)*

Por su parte el art. 180 del C. Co. Indica:

*"El asegurador **estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.**"*

6. Dado que la facturación por la prestación de servicios de salud se encuentra gobernada por normas de carácter especial en las que se exigen requisitos disimiles a los contenidos en la ley mercantil y que son propios del sistema general de seguridad social en salud, las facturas aquí presentadas están conformadas en la totalidad por documentos que permiten develar sin ambages, la fuente de la obligación ejecutada y su sustento cartulario, estando acompañadas cada una de las facturas por: el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social (FURIPS) completamente diligenciado incluyendo en el punto IX CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO, fotocopia de la póliza, Epicrisis o resumen clínico de atención, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo y fotocopia de documento de identidad de la víctima, fotocopia comprobante/constancia de prestación de servicios de salud con firma y huella de paciente o acudiente. Por lo tanto, se está haciendo aplicación del art. 26 #2 del Decreto 056 compilado en el Decreto 780 de 2016.
7. Así mismo se reitera que la normatividad aplicable son los Decretos 056 de 2015 y 780 del 2016, pues el Decreto 3990 de 2007 se encuentra explícitamente derogado por el Decreto 056 del 2015, en su artículo 46:

"Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, deroga los Decretos números 3990 de 2007 y 967 de 2012 y las demás normas que le sean contrarias."

8. En igual sentido tenemos que el Decreto 4747 de 2007 **NO ES APLICABLE AL CASO EN CONCRETO**, pues su finalidad es regular aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, **situación que no se presenta, pues la Aseguradora no es responsables de pagos de servicios de salud de la población**. Según lo establecido en el artículo 2 campo de aplicación y el artículo 3 entidades responsables de pago.

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO., NO ES UNA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD sino una compañía aseguradora con autorización para explotar el ramo de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT. Se debe tener en cuenta que la aseguradora al expedir la póliza SOAT, debe pagar solamente el evento asegurado (indemnización por concepto de gastos medico hospitalarios).

Este decreto aplica cuando para la atención del paciente, media contrato, que para el caso que nos ocupa se atiende al paciente por mandato legal, Decreto 056 del 2015 compilado por el Decreto 780 del 2016.

9. Se manifiesta bajo la gravedad de juramento que la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** tiene la custodia del original de las **12** facturas de venta y sus anexos, allegadas para su ejecución.
10. Se me ha conferido poder para incoar esta acción.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho los artículos 25 y ss. Del Código Sustantivo del Trabajo y de la Seguridad Social, 422 y ss., artículo 882 del C. Co, Ley 100 de 1993, Decreto 2423 de 1996 (Manual Tarifario), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 del 2016 y demás normas concordantes.

En cuanto a la prestación de servicios de urgencias y su forma de pago el artículo 168 de la ley 100 de 1993, establece:

"Artículo 168 de la ley 100 de 1993, ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independiente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

PARAGRAFO: los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud".

Así mismo el Decreto 056 de 2015, establece:

Artículo 1º. Objeto *El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.*

Artículo 2°. Ámbito de aplicación El presente decreto aplica al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este acto administrativo.

Artículo 8°. Legitimación para reclamar. Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.

Artículo 10. Tarifas. A los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, se aplicarán las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

Artículo 26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. (...)

Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.
(...)

Como en el Código de Comercio:

Artículo 1080. Plazo para el pago de la indemnización e intereses moratorios. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

COMPETENCIA Y CUANTÍA

Indica el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva en auto del 05 de febrero del 2024 por el cual se declaró falta de competencia, que la jurisdicción competente para conocer del caso concreto es la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Laboral puesto que conforme a lo "...ordenado por la Jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, en autos A-1415 del 12 de julio del 2023 y A-2076 de fecha 07 de septiembre de 2023; advirtió que la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral es competente para conocer el asunto, bajo el entendido que "los servicios médicos de urgencias prestados a quienes se encontraban amparado por la póliza SOAT, en virtud de la obligación contenida en el precitado artículo 167, hacen parte del SGSSS" criterio suficiente para determinar que la competencia del presente asunto por su especialidad corresponde a los jueces laborales.

Así mismo y conforme al CAPITULO II art. 12º del Código Procesal del Trabajo y de la seguridad Social, en razón de la Cuantía, ya que las **pretensiones del proceso se estiman por la suma de \$23.249.853** correspondientes a **\$17.986.971 de capital y \$5.262.882 por intereses moratorios**, no superan los 20 S.M.L.M.V., es el Juez Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Neiva el indicado para conocer del proceso.

En concordancia con el art 121 de Ley 1438 de 2011, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), es un servicio público y hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Empero, la calidad de entidad prestadora de servicio de salud, no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que comercializan el SOAT por el solo hecho de ofrecerlo al público. **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, entidad que emitió las pólizas a las víctimas de accidentes de tránsito, solo sería actor del sistema de seguridad social al realizar actividades de salud verbigracias como EPS, Empresas que ofrece Planes Voluntarios de Salud o IPS. En resumen, que nos compete, lo establecido en dicho artículo, son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero **solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen.**

ARTÍCULO 121. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las Entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

Al estar aquí la demandada como aseguradora y **no como entidad prestadora de servicio de salud**, sino como un ente que expide pólizas de seguro, que por mandamiento legal la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIAS** prestó un servicio a las víctimas amparadas por dichas pólizas, se generó unas facturas de atención, siendo claro que la parte demandada no es sujeto de la seguridad social para este caso.

Así lo ha dejado claro la Supersalud en concepto No. 2-2017-028967 con referencia 1-2017-032388, por el cual responde a una CONSULTA-RELACIONADA CON APLICACIÓN DE LAS LEYES, DECRETOS, RESOLUCIONES DEL SGSSS A LAS ASEGURADORAS SOAT:

*"Sobre este interrogante, corresponde señalar que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es un servicio público y **hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**, **empero, esta calidad no se hace extensiva a las compañías aseguradoras que lo comercializan por el solo hecho de ofrecerlo al público**; a menos que se constituyan como actores del SGSSS y realicen actividades en salud, verbigracia, como EPS, IPS, Empresa que ofrece Planes Voluntarios de Salud, etc.*

*Lo anterior guarda concordancia con lo establecido en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, el cual señala que **son sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud las aseguradoras, pero solo en lo relativo a las actividades de salud que realicen.**" (Negrilla fuera de texto)*

Concluyendo igualmente:

*"De esto se colige que, **al no encontrarse catalogadas como ERP, las Aseguradoras del SOAT no le son aplicables las normas relatadas por el peticionario, con excepción de aquellas disposiciones consagradas en la Ley 100 de 1993 y el Decreto 780 de 2016 sobre funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.**" (Negrilla fuera de texto)*

Ahora bien, el **Decreto 4747 de 2007**, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", en su artículo 3 Literal b), establece cuales son las Entidades responsables del pago de servicios de salud, no incluyendo a las aseguradoras. Por lo tanto, es otro argumento para establecer que las aseguradoras no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones.

b. Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Por todo lo anterior se considera que corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis.

PRUEBAS Y ANEXOS

Pruebas Documentales:

Facturas enunciadas en la pretensión PRIMERA del escrito de la demanda, con los siguientes anexos: formulario FURIPS, epicrisis o resumen historia clínica, fotocopia de la póliza, fotocopia de documento de identidad, fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo, fotocopia SOAT o resultado búsqueda RUNT.

Anexos:

- Poder que me legitima para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de la demandada y la demandante.
- Certificado de existencia y representación legal de la empresa Sanchez Toscano & CIA
- Liquidación del crédito a 30/11/2024 en plataforma Liquisoft.

NOTIFICACIONES

- **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.,** recibirá notificaciones en la Cr 9A N°. 99-07 To 3 P 14 de la ciudad de BOGOTÁ. Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop para notificaciones judiciales obtenido del certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
- **Mi mandante** recibirá notificaciones en la Calle 18 No. 6-65 de la ciudad de Neiva. Teléfono 8756349, Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: contabilidad@fracturasyortopedia.com conforme certificado de existencia y representación legal de la clínica, el cual se anexa con la demanda.
- **La suscrita** recibirá notificaciones en su despacho y/o en la Carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva. Manifiesto bajo gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: mireyasanchezt@hotmail.com. Conforme a información verificable en el registro nacional de abogados. Celular: 3002242742 - 8718525.

AUTORIZACION ESPECIAL PARA REVISAR EL PROCESO Y RECOGER Y APORTAR DOCUMENTOS Y OFICIOS

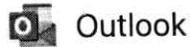
Autorizo expresamente a la señora **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA**, identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.075.285.045** de Neiva, como dependiente judiciales para que examine el expediente, se le suministre los datos que solicite dentro del presente proceso, para recibir los documentos que me deban ser entregados y para entregar los que sean necesarios en el desarrollo del presente proceso, de la misma manera queda expresamente autorizado para retirar oficios, despachos comisorios avisos, retiro de demanda, retiro de desglose y retiro de las copias simples o auténticas de todos los documentos que se requieran.

Del señor Juez



MIREYA SANCHEZ TOSCANO
C.C. No 36.173.846 de Neiva

Tarjeta Profesional No.116.256 del C. S. de la J.



**PODER CLINICA FRACTURA VS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO
COOPERATIVO 50848-51236**

Desde contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>

Fecha Vie 8/11/2024 5:19 PM

Para mireyasanchezt@hotmail.com <mireyasanchezt@hotmail.com>

 1 archivo adjunto (147 KB)

PODER 50848-51236.pdf;

Buen día Dra. Mireya,

Por medio del presente me permito enviarle poder especial conferido a usted para que represente a la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, en proceso LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, por las facturas No. 50848-51236, conforme al poder anexo

Señor

JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE NEIVA (REPARTO)

E.S.D.

Referencia: Proceso **EJECUTIVO LABORAL DE UNICA INSTANCIA** propuesto por la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, representada legalmente por MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS contra **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** representada legalmente por NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA o por quien haga sus veces al momento de la notificación.

Asunto: **Poder.**

MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS, mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cédula de ciudadanía No. 55.151.445 expedida en Neiva (H), actuando en mi calidad de Representante Legal de **la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, identificada con el Nit. 800.110.181 – 9 y con domicilio principal en la ciudad de Neiva (H), con toda atención me permito manifestarle que por medio del presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente a la sociedad **SANCHEZ TOSCANO & CIA SAS** con Nit: 901025052-1, representada legalmente por la Doctora **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H), abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura; para que en mi nombre y representación, inicie, tramite y lleve hasta su terminación **PROCESO EJECUTIVO LABORAL DE UNICA INSTANCIA** contra **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** identificad con el NIT 860.028.415-5, con domicilio en la ciudad de Bogotá, tal y como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal de la misma, representada legalmente por NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cedula de ciudadanía No. 94.311.640 o por quien haga sus veces al momento de la notificación, para que se sirva el señor Juez mediante providencia dictar mandamiento de pago contra el aquí demandado, por las sumas líquidas de dinero inmersas en las Facturas No. **50848, 50849, 50912, 50920, 50921, 50930, 50931, 50932, 51198, 51200, 51209, 51236**, Correspondiente a los servicios médicos hospitalarios solicitados y prestados a sus afiliados y también en cumplimiento de las obligaciones legales impuestas por los artículos 168 de la ley 100 de 1993 y 67 de la ley 715 de 2001, además de lo normado en el Decreto 056 de 2015.

Mi apoderada goza de todas las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso, en especial las de conciliar, desistir, sustituir, reasumir, interponer recurso y en general las necesarias para obtener el fiel y cabal cumplimiento del poder conferido.

De usted señor Juez,

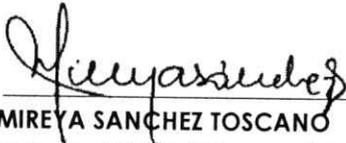


MARTHA LUCÍA POLANÍA CUBILLOS

C.C. No. 55.151.445 expedida en Neiva (H).

Correo electrónico: contabilidad@fracturasyortopedia.com (verificable en Certificado de Existencia y representación legal)

Acepto,



MIREYA SANCHEZ TOSCANO

C.C. No. 36.173.846 expedida en Neiva (H).

T.P. No. 116.256 del C.S. de la J.

Correo electrónico: mireyasanchezt@hotmail.com (verificable en el Registro Nacional de Abogados)



TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	50848-51236
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	$((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1$

DISTRIBUCION ABONOS

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	104.000,00	104.000,00	0,00	104.000,00	0,00	0,00	104.000,00	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	1	38,28	2.005.400,00	2.109.400,00	1.873,92	2.111.273,92	0,00	1.873,92	2.111.273,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	21.092,00	2.130.492,00	0,00	2.130.492,00	0,00	1.873,92	2.132.365,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	627.692,00	2.758.184,00	0,00	2.758.184,00	0,00	1.873,92	2.760.057,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	189.200,00	2.947.384,00	0,00	2.947.384,00	0,00	1.873,92	2.949.257,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	1.006.119,00	3.953.503,00	0,00	3.953.503,00	0,00	1.873,92	3.955.376,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	1.954.000,00	5.907.503,00	0,00	5.907.503,00	0,00	1.873,92	5.909.376,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	1.434.600,00	7.342.103,00	0,00	7.342.103,00	0,00	1.873,92	7.343.976,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	747.400,00	8.089.503,00	0,00	8.089.503,00	0,00	1.873,92	8.091.376,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	8.988.976,00	17.078.479,00	0,00	17.078.479,00	0,00	1.873,92	17.080.352,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	285.892,00	17.364.371,00	0,00	17.364.371,00	0,00	1.873,92	17.366.244,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-11	2023-11-11	0	38,28	622.600,00	17.986.971,00	0,00	17.986.971,00	0,00	1.873,92	17.988.844,92	0,00	0,00	0,00
2023-11-12	2023-11-30	19	38,28	0,00	17.986.971,00	303.601,99	18.290.572,99	0,00	305.475,91	18.292.446,91	0,00	0,00	0,00
2023-12-01	2023-12-31	31	37,56	0,00	17.986.971,00	487.368,54	18.474.339,54	0,00	792.844,45	18.779.815,45	0,00	0,00	0,00
2024-01-01	2024-01-31	31	34,98	0,00	17.986.971,00	458.419,95	18.445.390,95	0,00	1.251.264,40	19.238.235,40	0,00	0,00	0,00
2024-02-01	2024-02-29	29	34,97	0,00	17.986.971,00	428.685,52	18.415.656,52	0,00	1.679.949,92	19.666.920,92	0,00	0,00	0,00
2024-03-01	2024-03-31	31	33,30	0,00	17.986.971,00	439.271,53	18.426.242,53	0,00	2.119.221,44	20.106.192,44	0,00	0,00	0,00
2024-04-01	2024-04-30	30	33,09	0,00	17.986.971,00	422.768,78	18.409.739,78	0,00	2.541.990,22	20.528.961,22	0,00	0,00	0,00
2024-05-01	2024-05-31	31	31,53	0,00	17.986.971,00	418.835,17	18.405.806,17	0,00	2.960.825,39	20.947.796,39	0,00	0,00	0,00



TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	50848-51236
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

DISTRIBUCION ABONOS

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2024-06-01	2024-06-30	30	30,84	0,00	17.986.971,00	397.542,65	18.384.513,65	0,00	3.358.368,04	21.345.339,04	0,00	0,00	0,00
2024-07-01	2024-07-31	31	29,49	0,00	17.986.971,00	394.938,42	18.381.909,42	0,00	3.753.306,46	21.740.277,46	0,00	0,00	0,00
2024-08-01	2024-08-31	31	29,21	0,00	17.986.971,00	391.570,05	18.378.541,05	0,00	4.144.876,51	22.131.847,51	0,00	0,00	0,00
2024-09-01	2024-09-30	30	28,85	0,00	17.986.971,00	374.810,96	18.361.781,96	0,00	4.519.687,47	22.506.658,47	0,00	0,00	0,00
2024-10-01	2024-10-31	31	28,17	0,00	17.986.971,00	379.274,91	18.366.245,91	0,00	4.898.962,38	22.885.933,38	0,00	0,00	0,00
2024-11-01	2024-11-30	30	27,90	0,00	17.986.971,00	363.920,52	18.350.891,52	0,00	5.262.882,90	23.249.853,90	0,00	0,00	0,00



TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	50848-51236
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))-1$

RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	\$17.986.971,00
SALDO INTERESES	\$5.262.882,90

VALORES ADICIONALES

INTERESES ANTERIORES	\$0,00
SALDO INTERESES ANTERIORES	\$0,00
SANCIONES	\$0,00
SALDO SANCIONES	\$0,00
VALOR 1	\$0,00
SALDO VALOR 1	\$0,00
VALOR 2	\$0,00
SALDO VALOR 2	\$0,00
VALOR 3	\$0,00
SALDO VALOR 3	\$0,00

TOTAL A PAGAR	\$23.249.853,90
----------------------	------------------------

INFORMACION ADICIONAL

TOTAL ABONOS	\$0,00
SALDO A FAVOR	\$0,00

OBSERVACIONES

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
 Y SE EXHIBE DE CONFORMIDAD CON LA
 LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
 Y EL ACUERDO 130 DE 1996

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
 FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
 DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
 NACIONAL DE ABOGADOS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
 TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRE: YURLEY NATALIA
 APELLIDOS: TRUJILLO CASTANEDA
 PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
 MAX ALEJANDRO FLOREZ RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD COLOMBIANA DE COLOMBIA
 FECHA DE GRADO: 30/08/2013
 CONSERVACION: HUILA

CEDULA: 1075285045
 REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS: 110572018
 TARJETA: 333405





CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/10/2024 - 09:52:55
Recibo No. H000103562, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN WJxhteyxGC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
Nit : 800110181-9
Domicilio: Neiva, Huila

MATRÍCULA

Matrícula No: 49920
Fecha de matrícula: 25 de octubre de 1990
Ultimo año renovado: 2024
Fecha de renovación: 13 de marzo de 2024
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico : contabilidad@fracturasyortopedia.com
Teléfono comercial 1 : 8756349
Teléfono comercial 2 : 8753436
Teléfono comercial 3 : 3158524962

Dirección para notificación judicial : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico de notificación : contabilidad@fracturasyortopedia.com

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 1496 del 03 de octubre de 1990 de la Notaria 3a. De Neiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de octubre de 1990, con el No. 3507 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 15 de octubre de 2030.

OBJETO SOCIAL

objeto social: La sociedad tiene como objeto principal las siguientes actividades: La explotación de la actividad medica, humana, como el de consulta, hospitalización, cirugía,



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/10/2024 - 09:52:55
Recibo No. H000103562, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN WJxhteyxGC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

primeros auxilios, la compra, venta y distribución de droga médica, compra y venta de mercancías afines en general. En desarrollo de su objeto principal la sociedad puede: Adquirir bienes muebles e inmuebles; ejecutar en su propio nombre o de terceros en asociación permanente o accidental, todos los contratos comerciales, administrativos y actos mercantiles necesarios para ello y en especial celebrar toda clase de contratos, operaciones o actos que tengan relación diversa con el objeto social o cuya finalidad son ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legales o convencionalmente derivados de la existencia de la sociedad.

CAPITAL

El capital social corresponde a la suma de \$ 12.060.000,00 dividido en 402,00 cuotas con valor nominal de \$ 30.000,00 cada una, distribuido así:

- Socios capitalistas

HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Nro. Cuotas 67	CC. 19226380 Valor \$ 2.010.000,00
FRANCISCO HERNANDO GARCIA RAMIREZ Nro. Cuotas 134	CC. 4951502 Valor \$ 4.020.000,00
VERONICA TEODOLINDA GONZALEZ ZABALA Nro. Cuotas 67	CC. 51633089 Valor \$ 2.010.000,00
MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS Nro. Cuotas 134	CC. 55151445 Valor \$ 4.020.000,00
Totales Nro. Cuotas: 402	Valor: \$ 12.060.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

Representación legal: La sociedad tendrá un gerente de libre nombramiento y remoción de la junta general de socios, el cual tendrá un subgerente que lo reemplazará en sus faltas absolutas, temporales o accidentales y cuya designación y remoción corresponderá también a la junta.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

facultades del representante legal: El gerente es el representante legal de la sociedad, con facultades, por lo tanto, para ejecutar todos los actos y contratos acordes con la naturaleza de su encargo y que se relacionen directamente con el giro ordinario de los negocios sociales, en especial, el gerente tendrá las siguientes funciones: A) usar de la firma o razón social; b) designar al secretario de la compañía, que lo será también de la junta general de socios; c) designar los empleados que requiera el normal funcionamiento de la compañía y señalarles su remuneración, excepto cuando se trate de aquellos que por ley o por los estatutos deban ser designados por la junta general de socios; d) presentar un informe de su gestión a la junta general de socios en sus reuniones ordinarias y el balance general de fin de ejercicio con un



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/10/2024 - 09:52:55
 Recibo No. H000103562, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN WJxhteyxGC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

proyecto de distribución de utilidades; e) convocar a la junta general de socios a reuniones ordinarias y extraordinarias; f) nombrar los arbitros que correspondan a la sociedad en virtud de compromisos, cuando así lo autorice la junta general de socios, y de la cláusula compromisoria que en los estatutos se pacta; y g) constituir los apoderados judiciales necesarios para la defensa de los intereses sociales. Parágrafo: El gerente requerirá autorización previa de la junta general de socios para la ejecución de todo acto o contrato que exceda de quinientos treinta (530) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv).

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 27 del 05 de septiembre de 2000 de la Junta de Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 25 de septiembre de 2000 con el No. 14794 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS	C.C. No. 55.151.445

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 062 del 23 de abril de 2021 de la Junta Extraordinaria De Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 27 de mayo de 2021 con el No. 60559 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	JIMENO PERDOMO VALDERRAMA	C.C. No. 7.684.423	71112-T
REVISOR FISCAL SUPLENTE	LEIDY CAROLINA ZAPATA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.274.603	233651-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) E.P. No. 2183 del 17 de diciembre de 1990 de la Notaria 3a. De Neiva	3892 del 26 de marzo de 1991 del libro IX
*) E.P. No. 387 del 09 de febrero de 1993 de la Notaria 3a. De Neiva	5838 del 08 de marzo de 1993 del libro IX
*) E.P. No. 559 del 17 de febrero de 1997 de la Notaria 3a. De Neiva	10203 del 04 de marzo de 1997 del libro IX
*) E.P. No. 336 del 03 de febrero de 1998 de la Notaria 3a. De Neiva	11442 del 09 de febrero de 1998 del libro IX
*) E.P. No. 70 del 30 de enero de 2003 de la Notaria Cuarta Neiva	17714 del 13 de febrero de 2003 del libro IX
*) E.P. No. 2153 del 12 de diciembre de 2005 de la Notaria Segunda Neiva	20974 del 19 de diciembre de 2005 del libro IX
*) E.P. No. 2178 del 15 de octubre de 2010 de la Notaria Cuarta Neiva	28345 del 27 de octubre de 2010 del libro IX
*) E.P. No. 1935 del 21 de agosto de 2012 de la Notaria	33632 del 30 de agosto de 2012 del libro IX



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/10/2024 - 09:52:55
Recibo No. H000103562, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN WJxhteyxGC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Cuarta Neiva

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8610

Actividad secundaria Código CIIU: No reportó

Otras actividades Código CIIU: No reportó

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia

Matrícula No.: 49921

Fecha de Matrícula: 25 de octubre de 1990

Último año renovado: 2024

Categoría: Establecimiento de Comercio

Dirección : CALLE 18 NO. 6-65 - Quirinal

Municipio: Neiva, Huila

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARA DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 16/10/2024 - 09:52:55
Recibo No. H000103562, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN WJxhteyxGC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es GRAN EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$23.715.809.805,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), 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.

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

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.


Yira Marcela Chilatra Sánchez
Secretaria Jurídica

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013

PÁGINA: 1 DE 5

* * * * *

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRONICAMENTE Y CUENTA CON UN CODIGO DE VERIFICACION QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FACIL, RAPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS/

CERTIFICADO DE INSCRIPCION Y CLASIFICACION REGISTRO UNICO DE PROPONENTES

CERTIFICA:

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 6.1 DE LA LEY 1150 DE 2007, REGLAMENTADA POR DECRETO 1082 DE 2015, CON BASE EN LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL INSCRITO Y POR LAS ENTIDADES ESTATALES.

CERTIFICA:

IDENTIFICACION

QUE: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NIT: 830008686 1

NUMERO DEL PROPONENTE EN LA CAMARA DE COMERCIO: 00048875

CERTIFICA:

INSCRIPCION Y RENOVACION

FECHA DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE LOS PROPONENTES: 2018/12/31

FECHA DE ULTIMA RENOVACION EN EL REGISTRO DE LOS PROPONENTES: 2024/04/25

CERTIFICA:

DOMICILIO

DIRECCION DEL DOMICILIO PRINCIPAL
CARRERA 9 A # 99 -07, TORRE 3,PISO 14
MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C.

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

BARRIO: CHICO NORTE II

TELEFONO 1: 6019172127

CORREO

ELECTRONICO:

NOTIFICACIONESJUDICIALESLAEQUIDAD@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

DIRECCION PARA NOTIFICACION JUDICIAL
 CARRERA 9A # 99-07, TORRE 3 PISO 14
 MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C.
 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
 BARRIO: CHICO NORET II
 TELEFONO 1: 6019172127
 CORREO
 NOTIFICACIONESJUDICIALESLAEQUIDAD@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

ELECTRONICO:

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL REGISTRO
 MERCANTIL O DE ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO

CERTIFICA:
 CLASIFICACION POR TAMAÑO DE LA EMPRESA

QUE EL INSCRITO SE CLASIFICO COMO:

GRAN EMPRESA

CERTIFICA:
 INFORMACION FINANCIERA

QUE EN RELACIÓN A SU INFORMACIÓN FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTÓ:

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA:	31/12/2023
ACTIVO CORRIENTE:	\$325.623.497.678,00
ACTIVO TOTAL:	\$681.913.738.347,00
PASIVO CORRIENTE:	\$348.614.514.716,00
PASIVO TOTAL:	\$618.716.292.584,00
PATRIMONIO:	\$63.197.445.763,00
UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL:	\$7.520.235.171,00
GASTOS DE INTERESES:	\$1.035.810.240,00

ESTA INFORMACION FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA
 CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:
 CAPACIDAD FINANCIERA

QUE EN RELACIÓN A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD FINANCIERA EL
 PROPONENTE REPORTÓ CON CORTE A 31/12/2023:

INDICE DE LIQUIDEZ:	0,93
INDICE DE ENDEUDAMIENTO:	0,90
RAZON DE CORBERTURA DE INTERESES:	7,26

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA
 CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:
 CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

QUE EN RELACIÓN A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD ORGANIZACIONAL EL
 PROPONENTE REPORTÓ CON CORTE A 31/12/2023:

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO:	0,11
RENTABILIDAD DEL ACTIVO:	0,01



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013

PÁGINA: 2 DE 5

* * * * *

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

CERTIFICA:
CLASIFICACION

QUE EN RELACION A LOS BIENES, OBRAS Y SERVICIOS QUE OFRECERA A LAS ENTIDADES ESTATALES, IDENTIFICADOS CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL (CLASE), EL PROPONENTE REPORTO:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|                DESCRIPCION                |
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 | SEGUROS DE VIDA, SALUD Y ACCIDENTES          |
=====
```

CERTIFICA:
EXPERIENCIA

QUE EN RELACION A LOS CONTRATOS EJECUTADOS EL PROPONENTE REPORTO:

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 1

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROponente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: CASA NACIONAL DEL PROFESOR ORGANIZACION COOPERATIVA MULTIACTIVA CANAPRO

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 4.268,99

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
```

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 2

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROponente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 26,77
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
=====			
84	13	16	00
=====			

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 3
 CONTRATO CELEBRADO POR:
 PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA
 NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE BECERRIL
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 25,57
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
=====			
84	13	16	00
=====			

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 4
 CONTRATO CELEBRADO POR:
 PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA
 NOMBRE DEL CONTRATANTE: FUNDACION SOCIAL , CULTURAL Y DEPORTIVA FUERZA
 DEL PACIFICO
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 32,47
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
=====			
84	13	16	00
=====			

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 5
 CONTRATO CELEBRADO POR:
 PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA
 NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO DE EDUCACION TECNICA PROFESIONAL DE
 ROLDANILLO
 VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 23,33
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM	FAMI	CLAS	PROD
------	------	------	------

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013 PÁGINA: 3 DE 5

* * * * *

=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 6

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE VALLEDUPAR S.A. E.S.P.

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 230,00

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 7

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE AVIANCA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 337,00

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 8

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: SEGURIDAD EL PENTAGONO COLOMBIANO LIMITADA SEPECOL LTDA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 1.407,00
 CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM FAMI CLAS PROD
=====
84 13 16 00
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 9

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 56,68

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM FAMI CLAS PROD
=====
84 13 16 00
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 10

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: FINANCIERA JURISCOOP SA COMPAÑIA DE
 FINANCIAMIENTO

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 432,23

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM FAMI CLAS PROD
=====
84 13 16 00
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 11

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO
 COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION
 ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE
 PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 41.431,05

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y
 SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====

SEGM FAMI CLAS PROD
=====

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013 PÁGINA: 4 DE 5

* * * * *

| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 12

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL COLEGIO DE BOYACA COLBOY A.P.F.

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 121,07

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 13

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 754,14

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

=====
| SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====

| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 14

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE NEIVA

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 47,15

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y

SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====
```

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 15

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE LTDA.

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 248,87

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====
```

NUMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 16

CONTRATO CELEBRADO POR:

PROPONENTE

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NOMBRE DEL CONTRATANTE: COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CREDITO CREDISERVIR .

VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO EN SMMLV: 1.082,36

CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

```
=====
|SEGM|FAMI|CLAS|PROD|
=====
| 84 | 13 | 16 | 00 |
=====
```

ESTA INFORMACIÓN FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

*****LA ANTERIOR INFORMACION CERTIFICADA YA SE ENCUENTRA EN FIRME*****
CERTIFICA:

QUE EL DIA 31 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2018 EL PROPONENTE INSCRIBIO EL REGISTRO UNICO DE PROponentES BAJO EL NUMERO 00657433 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROponentES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 31 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2018.

QUE EL DIA 10 DEL MES DE ABRIL DE 2019 EL PROPONENTE RENOVO EL

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA



SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: B2470801320F9F

14 DE NOVIEMBRE DE 2024 HORA 07:00:39

AB24708013

PÁGINA: 5 DE 5

* * * * *

REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00672487 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 10 DEL MES DE ABRIL DE 2019.

QUE EL DIA 29 DEL MES DE ABRIL DE 2019 EL PROPONENTE ACTUALIZO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00676762 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 29 DEL MES DE ABRIL DE 2019.

QUE EL DIA 03 DEL MES DE AGOSTO DE 2020 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00720980 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 03 DEL MES DE AGOSTO DE 2020.

QUE EL DIA 26 DEL MES DE ABRIL DE 2021 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00748840 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 26 DEL MES DE ABRIL DE 2021.

QUE EL DIA 16 DEL MES DE MAYO DE 2022 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00785437 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 16 DEL MES DE MAYO DE 2022.

QUE EL DIA 02 DEL MES DE MAYO DE 2023 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00815374 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 02 DEL MES DE MAYO DE 2023.

QUE EL DIA 25 DEL MES DE ABRIL DE 2024 EL PROPONENTE RENOVO EL REGISTRO UNICO DE PROPONENTES BAJO EL NUMERO 00845423 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCION SE PUBLICO EN EL REGISTRO UNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL DIA 25 DEL MES DE ABRIL DE 2024.

LA INFORMACION RELACIONADA CON LA INSCRIPCION AQUI CERTIFICADA, QUEDO EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE PUBLICACION (ARTICULO 6.3 DE LA LEY 1150 DE 2007).

CERTIFICA:

REPORTE DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DE LAS ENTIDADES DE CONTRATOS ADJUDICADOS, EN EJECUCION, EJECUTADOS MULTAS SANCIONES E INHABILIDADES

EN FIRME.

QUE LA INFORMACION QUE HAN REPORTADO LAS ENTIDADES EN RELACION CON CONTRATOS ADJUDICADOS, EN EJECUCION Y EJECUTADOS ES LA SIGUIENTE:

CONTRATOS EN EJECUCION
 ENTIDAD CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DEL CAQUETA
 MUNICIPIO: FLORENCIA (CAQUETÁ)
 NUMERO DEL CONTRATO: 401
 FECHA INICIO: 2019/05/09
 VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 71.250.000,00
 CLASIFICACION CONTRATO
 84131600 SEGUROS DE VIDA, SALUD Y ACCIDENTES
 FECHA DE INSCRIPCION: 2019/05/16
 NUMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 00680458

LA INFORMACIÓN REMITIDA POR LAS ENTIDADES ESTATALES EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 2.2.1.1.1.5.7. DEL DECRETO 1082 DE 2015, NO SERÁ VERIFICADA POR LAS CÁMARAS DE COMERCIO POR LO TANTO LAS CONTROVERSIAS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN REMITIDA POR LAS ENTIDADES ESTATALES, DEBERÁN SURTIRSE ANTE LA ENTIDAD ESTATAL CORRESPONDIENTE Y NO PODRÁN DEBATIRSE ANTE LAS CÁMARAS DE COMERCIO.

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA,
 VALOR : \$ 68,000

 PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

 ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.

 FIRMA MECÁNICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA AUTORIZACIÓN IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.


 CONSTANZA PUENTES TRUJILLO



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 26/10/2024 - 09:40:10
 Recibo No. S001645832, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN C3jd2eM1Yj

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.
 Nit : 901025052-1
 Domicilio: Neiva, Huila

MATRÍCULA

Matrícula No: 289183
 Fecha de matrícula: 08 de noviembre de 2016
 Ultimo año renovado: 2024
 Fecha de renovación: 11 de abril de 2024
 Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro
 Municipio : Neiva, Huila
 Correo electrónico : mireyasanchezt@hotmail.com
 Teléfono comercial 1 : 3002242742
 Teléfono comercial 2 : 6088661838
 Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro
 Municipio : Neiva, Huila
 Correo electrónico de notificación : mireyasanchezt@hotmail.com
 Teléfono para notificación 1 : 3002242742
 Teléfono notificación 2 : 6088661838

La persona jurídica **NO** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016, con el No. 46224 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Objeto social. Conforme a lo dispuesto en la legislación comercial colombiana y con base en lo

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 26/10/2024 - 09:40:10
 Recibo No. S001645832, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN C3jd2eM1Yj

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

consagrado por el artículo 75 de la ley 1564 de 2012, código general del proceso, según el cual podrá otorgarse poder a una persona jurídica cuyo objeto social principal sea la prestación de servicios jurídicos. En este evento, podrá actuar en el proceso cualquier profesional del derecho inscrito en su certificado de existencia y representación legal. Lo anterior, sin perjuicio de que la persona jurídica pueda otorgar o sustituir el poder a otros abogados ajenos a la firma. Las cámaras de comercio deberán proceder al registro de que trata este inciso, la sociedad sanchez toscano & cia s.A.S contará con el personal idóneo y competente para ejecutar el siguiente objeto principal: 1) La prestación de servicios en asesoría y gestión profesional y jurídica, 2) celebración y ejecución de contratos con entidades financieras y del sector real, compra y venta de cartera y administración de gestión y recuperación de recaudos, 3) celebración y ejecución de contratos, capacitaciones, estudios, análisis, recuperación de cartera, venta de cartera hipotecarias, comerciales, y en general todos los procesos de asesoría en el sector privado comercial y gubernamental, 4) a) adquirir, vender, permutar, o construir tomar o dar en arrendamiento bienes raíces o inmuebles rurales o urbanos para los objetos antes mencionados a su favor. B) solicitar y obtener cartas de crédito los objetos antes mencionados. C) constituir gravámenes reales o personales y aceptar los que le sean otorgados a su favor. D) solicitar y obtener cartas de crédito, girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar, negociar y descontar toda clase de títulos valores. E) tomar o dar dinero en mutuo o préstamo, con o sin garantía de los bienes sociales, sea con particulares, establecimientos, corporaciones financieras y demás entidades que se dediquen a operaciones de incremento comercial e industrial. F) participar en toda clase de licitaciones concursos públicos o privados y ejecutar los actos o contratos complementarios de los anteriores y los demás que tenga relación con la existencia y financiamiento de la sociedad. G) elaboración de reglamentos de propiedad horizontal y asesoría jurídica de todo lo relacionado con los bienes raíces. H) realizar todo tipo de relaciones jurídicas, administrativas, comerciales y demás transacciones que tengan que ver con el objeto social. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad. La sociedad no podrá garantizar obligaciones de terceros.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	\$ 50.000.000,00
No. Acciones	500.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 100,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	\$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	\$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 26/10/2024 - 09:40:10
 Recibo No. S001645832, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN C3jd2eM1Yj

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

gerencia. El uso de la razón social de la compañía y su representación legal y administrativa estarán a cargo de un gerente que podrá tener uno o varios suplentes, quienes remplazarán al gerente en sus faltas absolutas, temporales o accidentales con las mismas facultades y atribuciones de este, designados por la asamblea de accionistas. En el gerente delegan los socios la personería de la empresa y su administración con las más amplias facultades dispositivas y administrativas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

funciones. Además de los actos de disposición y administración concernientes al giro ordinario de las operaciones de la sociedad, son atribuciones del gerente: A) representar legalmente a la sociedad y celebrar toda clase de actos o contratos sin límite de cuantía. B) ejecutar las decisiones y órdenes de la asamblea de accionistas y convocarla cuando así lo requieran los intereses sociales. C) custodiar los bienes sociales. D) informar cada seis (6) meses a la asamblea de accionistas acerca de los negocios ejecutados y a ejecutarse. E) rendir los informes respectivos y presentar los balances anuales correspondientes. F) constituir apoderados o mandatarios que representen a la sociedad judicial administrativa o extrajudicialmente. G) nombrar y remover los empleados de la sociedad que no sean de la competencia de la asamblea de accionistas y fijarles su remuneración. H) designar y/o remover directamente y mediante documento privado que será objeto de registro en la cámara de comercio del domicilio social de la empresa, a los profesionales en derecho que actuarán como abogados inscritos.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016 con el No. 46224 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	MIREYA SANCHEZ TOSCANO	C.C. No. 36.173.846
SUPLENTE	JUAN SEBASTIAN SUAZA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.229.477

PODERES

Por documento privado del 13 de enero de 2020 de el Representante Legal, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 15 de enero de 2020 con el No. 55707 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **MARIA CAMILA MEJIA TRUJILLO identificado con CC. No. 1075262023** y **JESUS ALBERTO CEDEÑO TORRES identificado con CC. No. 7729739** y **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA identificado con CC. No. 1075285045**, para que

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 26/10/2024 - 09:40:10
 Recibo No. S001645832, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN C3jd2eM1Yj

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

DOCUMENTO

*) Acta No. 1 del 08 de marzo de 2018 de la Reunion 50015 del 15 de marzo de 2018 del libro IX Extraordinaria Asamblea De Accionistas

INSCRIPCIÓN

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: M6910
 Actividad secundaria Código CIIU: M6920
 Otras actividades Código CIIU: No reportó

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$453.610.026,00
 Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : M6910.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES

A. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES. b. Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su



CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 26/10/2024 - 09:40:11
Recibo No. S001645832, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN C3jd2eM1Yj

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), 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.

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

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.



Yira Marcela Chilatra Sánchez
Secretaria Jurídica

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***
