1

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 ,2023.11.27	14:19:57	2023.12.27

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54771

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 170176
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.11.17 - 15:04 | 2023.11.17 - 16:43

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 36162475 CEDEÑO VARGAS YINETH EDAD : 65 Años
DIRECCION: CALLE 17 A N 22 A 17 NEIVA TELEFONO: 3118594160
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								22	250	5,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19960016	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	1,200	1,200
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.17	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.17	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.17	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.11.17	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21712	TORAX	2023.11.17	879301		MJJ				1	648,100	648,100
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.11.17	890402		DAO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.17	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.17	890701		FGR				1	0	0
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.17	890701		DAO				1	0	0
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.17	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.17	S22101		MLD				1	0	0
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.17	S22101		MLD				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	1,769,300	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,769,300

SON: UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.27 02:22:59 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 S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C
CODIGO [illegible]
0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 187 ***na vigencia de: 12 Meses***

Modalidad ELECTRONICA D ***000 AUTORIZA***

Cufe: f42b488740f2fb79e8a2180deeb79433c141428b6 abc42328016d

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D JILLO Nit: 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
14 de Diciembre del 2023
20224554

20

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 04:56:44 PM
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. FEC154771

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
f42b488740f2fb79e8a2180deeb79433c141428b6dcb10d7869b689be59eab9e05e31760dc96650e5b1babc42328016d

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1769300

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-27 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
8e5361ccb1e8178c1536886bb67e45a035319ef75a0c77244f3a249eccfeb6ac4aa03638927cc48e96dbce66a7694939

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 02:22:59.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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. FEC154771

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
f42b488740f2fb79e8a2180deeb79433c141428b6dcb10d7869b689be59eab9e05e31760dc96650e5b1babc42328016d

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

CUDE:
e045d9df3d6cb35f2998bca2288b5f98e15a2d621991767d261db45c9d3f8222e1d56e9d2be634678b43ffe938aee20a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 07:27:52.000 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:
c9e69a8824b6465d625c829eab5d6792c2b971523a442d49b6422284573f3d234c427a22be0de7e0fc9fd9ba421d4475

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 10:12:09.000 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

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. FEC154771

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-27 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
f42b488740f2fb79e8a2180deeb79433c141428b6dcb10d7869b689be59eab9e05e31760dc96650e5b1babc42328016d

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
4cfd2ba48eddf9576970e866a6f4b1edf24db8c1d4714e535468e55cfc8288e44daaa6ff4607fbcaf583556770abab77

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 10:15:14.000 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

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 ,2023.11.27	14:19:57	2023.12.27

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54771

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 170176
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2023.11.17 - 15:04 | 2023.11.17 - 16:43

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 36162475 CEDEÑO VARGAS YINETH EDAD : 65 Años
DIRECCION: CALLE 17 A N 22 A 17 NEIVA TELEFONO: 3118594160
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								22	250	5,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
19960016	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	1,200	1,200
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.17	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.17	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.17	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.11.17	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21712	TORAX	2023.11.17	879301		MJJ				1	648,100	648,100
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.11.17	890402		DAO				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.17	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.17	890701		FGR				1	0	0
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.17	890701		DAO				1	0	0
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.17	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.17	S22101		MLD				1	0	0
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.17	S22101		MLD				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	1,769,300	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,769,300

SON: UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.27 02:22:59 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: f42b488740f2fb79e8a2180deeb79433c141428b6dcb10d7869b689be59eab9e05e31760dc96650e5b1babc42328016d

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

20

FACTURA:	54771
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,039,800
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 729,500
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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 Radicaci¾n: 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- 54771

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

CEDEÑO — 1er.Apellido o Razon Social

VARGAS — 2do.Apellido

YINETH — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 36162475

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1958/03/30 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: CALLE 17 A N 22 A 17

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3118594160

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [X] 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 [ ] Huracßn [ ]

Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]

Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CALLE 51 CON 17D

Fecha Evento/Accidente: 2023/11/17 Hora: 10:00

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 VEHICULO DE SERVICIO PUBLICO CON PLACA GRK242, SUFRE LESIONES PERSONALES AL MANIOBRAR EL TAXI POR ESQUIVAR UN VEHICULO QUE NO HACE EL PARE EN LA VIA

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: KIA Placa: GRK242

Tipo de Servicio: Particular [ ] Publico [X] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8105991400 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/03/10 Hasta: 2024/03/9

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

RADA — 1er.Apellido o Razon Social

RAYO — 2do.Apellido

LEIDY — 1er.Nombre

JOHANA — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 40779059

Direccion: CLL 78A N 1A 76

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3167831123 Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
SARMIENTO	CAMACHO

1er.Nombre	2do.Nombre
JAIME	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1129366

Direcci¾n: CLL 78A N 1A 76

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3167831123

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/17 **a las** 15:04 **Fecha de Egreso:** 2023/11/17 **a las** 16:43

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1769300	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

21

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

EPICRISIS No. 60897

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CEDEÑO VARGAS YINETH

DOC.IDENT:	CC 36162475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 17 A N 22 A 17		
FCHA.NACTO:	1958.03.30	EDAD:	65 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118594160
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.11.17	HORA DE INGRESO: 15:04
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.11.17	HORA DE EGRESO: 16:43
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.11.17-15:17:47 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 VEHICULO DE SERVICIO PUBLICO (TAXI) CON PLACA GRK242, SUFRE LESIONES PERSONALES AL MANIOBRAR EL TAXI POR ESQUIVAR UN VEHICULO QUE NO HACE EL PARE EN LA VIA

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 15+00
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOSS CON CEFALEA 9/10 EN EVA Y AMNESIA DEL EVENTO , MOTIVO POR EL CUAL DECIDE CONSULTAR.

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

** SIGNOS VITALES:
TA: 126/79 FC: 87 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 159 PESO: 70 IMC: 28 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS, CON DOLOR EN HEMICRANEO IZQ
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS, CON DOLOR EN HEMITORAX IZQ
<<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>>

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

EPICRISIS No. 60897

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CEDEÑO VARGAS YINETH

DOC.IDENT:	CC 36162475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 17 A N 22 A 17		
FCHA.NACTO:	1958.03.30	EDAD:	65 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118594160
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIOONAL Y EDEMA EN HOMBRO, BRAZO Y RODILLA IZQUIERDA NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL.
<<FANERAS>>
NROMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE TORAX

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- SS/ VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IM AHORA , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR VO AHORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.11.17-15:57:32 MEDICO: / (JEFE ENF. MLD - MADY LUZ DIAZ SANDOVAL - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

10

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

EPICRISIS No. 60897

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CEDEÑO VARGAS YINETH

DOC.IDENT:	CC 36162475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 17 A N 22 A 17		
FCHA.NACTO:	1958.03.30	EDAD:	65 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118594160
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

HORA INICIAL/FINAL: 15:19 / 15:24 DURACION: 00:04

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MADY LUZ DIAZ SANDOVAL

*** 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 , ADMINISTRO DEXAMETASONA 8 MG INTRAMUSCULAR .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

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, ADMINISTRO ACETAMINOFEN 1 GR TABLETA VIA ORAL SIN COMPLICACION ALGUNA

***** FECHA: 23.11.17-16:14:31 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

TAC CEREBRAL SIMPLE NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA

TAC DE TORAX NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.11.17-16:18:28 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 EXTREMIDADES

ANTECEDENTES: NIEGA

17

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

EPICRISIS No. 60897

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CEDEÑO VARGAS YINETH

DOC.IDENT:	CC 36162475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 17 A N 22 A 17		
FCHA.NACTO:	1958.03.30	EDAD:	65 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118594160
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 123/72 MMHG, FC: 83 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RADIOLOGICO: 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.

** 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: 23.11.17-16:26:58 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 HOMBRO, BRAZO, RODILLA IZQ CABEZA Y HEMITORAX ,
AL EXAMEN FISICO: CON DOLOR LEVE EN RODILLA IZQ Y HOMBRO A LA ABDUCION NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSION
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 3 DIAS

***** FECHA: 23.11.17-16:40:19 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

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

EPICRISIS No. 60897

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CEDEÑO VARGAS YINETH

DOC.IDENT:	CC 36162475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 17 A N 22 A 17		
FCHA.NACTO:	1958.03.30	EDAD:	65 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118594160
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** 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 8 AM A 12 PM.

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 UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR 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.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORAS. SI DOLOR INTENSO, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

FECHA: 23.11.17-16:45:21 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.17-16:43:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

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

EPICRISIS No. 60897

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CEDEÑO VARGAS YINETH

DOC.IDENT:	CC 36162475	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 17 A N 22 A 17		
FCHA.NACTO:	1958.03.30	EDAD:	65 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3118594160
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		
RELACIONADO 1: S202 - CONTUSION DEL TORAX		
RELACIONADO 2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		

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

RM. 1118849376
MEDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

1A

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 170176

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -170176 **Fecha** 2023/11/17

Nombre Paciente: CEDEÑO VARGAS YINETH - 36162475 **Edad:** 65 **Sexo:** F

Quien Realiza: MLD- MADY LUZ DIAZ SANDOVAL **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S800-CONTUSION DE LA RODILLA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	MLD	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 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 , ADMINISTRO DEXAMETASONA 8 MG INTRAMUSCULAR .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

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, ADMINISTRO ACETAMINOFEN 1 GR TABLETA VIA ORAL SIN COMPLICACION ALGUNA

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,24-Nov-2023 09:19:4

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:** 2023.11.1 15:04

001 0 SOAT OTRO REGIMEN 65 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

36162475 CEDEÑO VARGAS YINETH 1 NIVEL I NEIVA CALLE 17 A N 22 A 17 3118594160

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.11.17	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MLD	1.00

12

PACIENTE: ,36162475 CEDEÑO VARGAS YINETH **EDAD:** 65

DIRECCION: CALLE 17 A N 22 A 17 **TELEFONO:** 3118594160

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60101 **FECHA SINIESTRO:** 2023.11.17 **Nº POLIZA:** 8105991400

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 17 de noviembre de 2023						
15:18:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	MLD	
15:18:00	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	MLD	
15:18:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	MLD	
15:18:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 6.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: CEDEÑO VARGAS YINETH No. Identif. 36162475 Edad. 65

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.11.17

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	20.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	1 TAB VO CADA 8 HORAS. SI DOLOR INTENSO

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -198308

FECHA EMISION:	2023.11.17
HORA:	16:54:39
PAGINA No:	1

USUARIO: CEDEÑO VARGAS YINETH **FECHA DE PEDIDO:** 2023/11/17

DOC.IDENT: CC 36162475 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.11.24
HORA: 09:21:47
PAGINA No: 1

Numero: 84702 Fecha Ex. 17/11/23 Hora 10:44
Nombre Paciente: 36162475 CEDEÑO VARGAS YINETH
Dirección: CALLE 17 A N 22 A 17 Telefono:3118594160 Edad:65 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

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 irregularidad y prominencia de las espinas tibiales especialmente del aspecto tibial interna con sospecha de foco de fractura para aclarar.
Los cóndilos y la relación articular de la rodilla son normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se observa dimorfismo de la calota craneana con aplanamiento parietoccipital derecho.
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.
Anotándose pequeños artefactos hiperdensos hacia el aspecto central del endocraneo.

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:

8

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.24
HORA:	09:21:47
PAGINA No:	2

Numero: 84702 Fecha Ex. 17/11/23 Hora 16:17
Nombre Paciente: 36162475 CEDEÑO VARGAS YINETH
Dirección: CALLE 17 A N 22 A 17 Telefono:3118594160 Edad:65 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

A nivel del tejido óseo no se identifican aparentes alteraciones de la caja torácica.
A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares es satisfactoria.
No hay focos pulmonares consolidativos.
Tampoco hay 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 usual.
Moderado ensanchamiento y elongación del cayado aórtico.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares tienen aspecto y trayecto usuales.
Se insinúa moderada cardiomegalia ventricular izquierda.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.
En la unión toraco abdominal llama la atención la presencia de conformación nodular con paredes calcificadas proyectadas sobre la vesícula biliar que sugiere estar relacionado con cálculo de la vesícula para correlacionar y confirmar con ecografía complementaria.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 161-9 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, 17/11/2023

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Yineth Cedeño Vargas identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 36162475, 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 16/11/2023 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Yineth Cedeño

Firma
Nombre: Yineth Cedeño Vargas
c.c. 36162475

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 36.162.475
CEDEÑO VARGAS
APELLIDOS
YINETH
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1958
TERUEL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
22-DIC-1977 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
INDICE DERECHO
A-1900100-01103111-F-0036162475-20191109 0068829283A 1 9910677419

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

nformación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1129366
NOMBRES	JAIME
APELLIDOS	SARMIENTO CAMACHO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

)atos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/24/2023 09:12:20 **Estación de origen:** 192.168.70.220

a información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la :esolución 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 l anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la .dministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

:especto 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 filiación 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 ntidad. 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 resentado 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.

a responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las ovedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

:sta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y unca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

i necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas ctualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la filiación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028660255

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
GRK242	KIA	PICANTO EKOTAXI	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.248	AMARILLO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD K/PSJ
AUTOMOVIL	HATCH BACK	GASOLINA	5

NÚMERO DE MOTOR: G4LANP226809 — REG: N — VIN: KNAB2512APT035441

NÚMERO DE SERIE: ****** — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: KNAB2512APT035441 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RADA RAYO LEIDY JOHANA

IDENTIFICACIÓN: C.C. 40779059

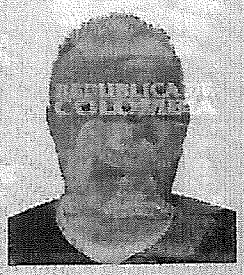
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.129.366
SARMIENTO CAMACHO

APELLIDOS
JAIME

NOMBRES

FIRMA



SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDIC AÑO | MES | DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA
2023-03-09	2023-03-10	2024-03-09

equidad seguros

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8105991400	GRK242	AUTOS DE NEGOCIOS, T	PUBLICO	1248	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
5	KIA	

LÍNEA VEHÍCULO: PICANTO EKOTAXI

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
G4LANP226809	KNAB2512APT035441	KNAB2512APT035441	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUTIERREZ CABRERA, MARIA DANIELA	3183773999	CC	1077224747	NEIVA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
711	$ 149000	$ 77400	$ 2100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 [1] UNIDAD [2] VALOR





SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC AÑO MES DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO MES DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DÍA
2023-03-09	2023-03-10	2024-03-09

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8105991400	GRK242	AUTOS DE NEGOCIOS, T	PUBLICO	1248	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
5	KIA	
	LÍNEA VEHÍCULO: PICANTO EKOTAXI	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
G4LANP226809	KNAB2512APT035441	KNAB2512APT035441	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUTIERREZ CABRERA, MARIA DANIELA	3183773999	CC	1077224747	NEIVA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
711	$ 149000	$ 77400	$ 2100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 [1] UNIDAD VALOR [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: 2024/01/15

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-FEC1-54771 fechada el dia 23.11.27 cuyo paciente es CEDEÑO VARGAS YINETH

HISTORIA No. 36162475

GLOSA No: ZGL-1-42834 SINIESTRO: 54771

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLAT

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	81400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL PACIENTE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO EL CUAL LE OCASIO
DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN BRAZO IZQUIERDO POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA
ESTUDIO REALIZADO ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSI
TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES E
PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; PO
ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS L
SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO; LAS IPS TIENEN LA FACUL
CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21712- TORAX

- 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 EL PACIENTE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO EL CUAL LE OCASIONA DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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.

Recibido!
17 de Enero del 2024
20236045
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: 2024/01/15

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-FEC1-54771 fechada el dia 23.11.27 cuyo paciente es CEDEÑO VARGAS YINETH

HISTORIA No. 36162475

GLOSA No: ZGL-1-42834 SINIESTRO: 54771

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	81400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL PACIENTE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO EL CUAL LE OCASIONA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN BRAZO IZQUIERDO POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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 1: SO1-21712- TORAX

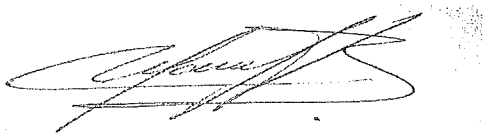
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	648100.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL PACIENTE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO EL CUAL LE OCASIONA DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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

VALOR TOTAL FACTURA:	1,769,300.00
VALOR GLOSADO :	729500.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	729500.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 1 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20224554	**No.**	185725	**Siniestro**	90727845	**No. Factura**	FEC154771		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	17/11/2023	**Fecha aviso**	14/12/2023	**Fecha recepción**	14/12/2023	
Fecha formalización	14/12/2023	**Fecha liquidación**	02/01/2024	**Póliza**	810599140	**Vigencia**	10/03/2023	**hast**	09/03/2024
Id tomador	1077224747	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	36162475	**Nombre**	YINETH CEDEÑO VARGAS						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos						**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	622,600	0	622,600
1	21712	TÓRAX	NO SE RECONOCE 21712 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	648,100	648,100	0
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE UN 21102 BRAZO NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	244,200	81,400	162,800
1	39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA		100%	71,300	0	71,300
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	77701	MEDICAMENTOS		100%	18,300	0	18,300
1	77702	INSUMOS			500	0	500

1001	**Cobrado**	**1,769,300**
1002	**Obj. Parcial**	**729,500**
1003	**Liquidado**	**1,039,800**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			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 ,2023.11.28	09:35:36	2023.12.28

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54811

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 170244
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.11.19 - 21:07 | 2023.11.20 - 08:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076505432 RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 44 N 2W 01 NEIVA TELEFONO: 3152085778
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	20-Nov-2023	S55101					APG	1	3,300	3,300
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								2	4,800	9,600
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X5								4	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	0	0
790906	VENDA YESO DE 6X5								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
MEDICAMENTOS											
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19933608	ISODINE ESPUMA X3750								10	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.19	873206		RCH				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.19	873206		RCH				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.19	873121		RCH				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.19	873121		RCH				1	81,400	81,400
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.11.20	935304		APG				1	2,700	2,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.20	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.19	890701		RCH				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.20	S22101		FFN				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.11.20	S22103		APG				1	3,300	3,300
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2023.11.20	MERCUCROMO		FFN				10	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 [illegible] CODIGO DEL COMERCIO
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: [illegible]
Autorizacion de facturacion de la Dian: 1[illegible] ***una vigencia de: 12 Meses***
Modalidad ELECTRONICA [illegible] ***0000 AUTORIZA***
Cufe: b1686686f46513fbe8115cac6782eeece7759736f1a4a[illegible] 4cf61c6ccacab
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia UJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta KA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
14 de Diciembre del 2023
20224555

16

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 04:58:33 PM
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. FEC154811

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-28 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
b1686686f46513fbe8115cac6782eeece7759736f1a4a5e82291162313450bbb07d5cb60edaaf289e114cf61c6ccacab

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
804976

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-28 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
6f6ccdceb910358c5c7c927ca04cebf464140fe9ac056a963f82c8adba2e0c3840250623f664bdef29978e5b115f6204

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-28 09:38:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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. FEC154811

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-28 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
b1686686f46513fbe8115cac6782eeece7759736f1a4a5e82291162313450bbb07d5cb60edaaf289e114cf61c6ccacab

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

CUDE:
5831d44e33f97cdb8ccbe5a45377c9c3e3d2e92ece7463cf3a5a501dcaef76571fa017236ac7738a6497fa23780af684

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-28 03:27:46.000 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:
0c5682af92a87cb1317c422ecb0033f492afd3f54be766aab574977c424e8ed8b5cc78fde551ac4e4fae357f8fa9d4a7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 07:04:21.000 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

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 04:58:33 PM
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. FEC154811

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-28 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
b1686686f46513fbe8115cac6782eeece7759736f1a4a5e82291162313450bbb07d5cb60edaaf289e114cf61c6ccacab

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
a491b59551f366241d194f998bd5ad1b0cfd76415ede9eb89da76926ac0d279215bcb5453b126b9b06abb61a78c57f0d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 07:04:31.000 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

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 ,2023.11.28	09:35:36	2023.12.28

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54811

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 170244
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2023.11.19 - 21:07 2023.11.20 - 08:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1076505432 RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 44 N 2W 01 NEIVA TELEFONO: 3152085778
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	20-Nov-2023	S55101					APG	1	3,300	3,300
	ESTANCIAS										
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
010201	VENOCAT CATETER # 20								2	4,800	9,600
010201	VENOCAT CATETER # 22								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X5								4	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								7	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	0	0
790906	VENDA YESO DE 6X5								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
	MEDICAMENTOS										
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19933608	ISODINE ESPUMA X3750								10	0	0
	IMAGENES DX										
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.19	873206		RCH				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.19	873206		RCH				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.19	873121		RCH				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.19	873121		RCH				1	81,400	81,400
	OTROS										
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.11.20	935304		APG				1	2,700	2,700
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.20	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.19	890701		RCH				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.20	S22101		FFN				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.11.20	S22103		APG				1	3,300	3,300
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2023.11.20	MERCUCROMO		FFN				10	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: b1686686f46513fbe8115cac6782eeece7759736f1a4a5e82291162313450bbb07d5cb60edaaf289e114cf61c6ccacab

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

16

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 ,2023.11.28	09:35:36	2023.12.28

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54811

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

VALOR BRUTO:	804,976	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	804,976

SON: OCHOCIENTOS CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.28 09:38:40 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: b1686686f46513fbe8115cac6782eeece7759736f1a4a5e82291162313450bbb07d5cb60edaaf289e114cf61c6ccacab

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:	54811
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 795,576
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 9,400
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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 Radicaci¾n: 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- 54811

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

RUIZ — 1er.Apellido o Razon Social

GUEVARA — 2do.Apellido

SAMUEL — 1er.Nombre

HUMBERTO — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI X RC AS MS PT

No. Documento: 1076505432

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2007/11/21 Sexo: F M X

Direcci¾n: CLL 44 N 2W 01

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3152085778

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: X Conductor ☐ Peaton ☐ 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 ☐ Huracßn ☐

Inundaciones ☐ Avalancha ☐ Desliz. de Tierra ☐ Incendio Natural ☐

Terroristas: Explosi¾n ☐ Masacre ☐ Mina Antipersonal ☐ Combate ☐

Incendio ☐

Otros ☐ Cual? Ataques a Municipios ☐ Desplazados ☐

Direcci¾n de la Ocurrencia: CLL 70 CON CR 1B

Fecha Evento/Accidente: 2023/11/19 Hora: 20:42

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U X R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA QLI96G QUE PIERDE EL CONTROL POR ESQUIVAR UNA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. X No Aseg. ☐ Vehi. Fantasma. ☐ P¾liza falsa ☐ Vehiculo en Fuga ☐

Marca: YAMAHA Placa: QLI96G

Tipo de Servicio: Particular X Publico ☐ Oficial ☐ Vehiculo de Emergencia ☐

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar ☐ Vehi. de transporte masivo ☐ Vehi. Escolar ☐

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si ☐ No X

Poliza SOAT No 8118135100 Cobro excedente P¾liza Si ☐ No X

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/09/15 Hasta: 2024/09/14

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

RUIZ — 1er.Apellido o Razon Social

TOVAR — 2do.Apellido

FERNANDO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: X CC CE PA NIT TI RC

No. Documento 7712415

Direccion: CLL 44 N 2W 01

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3152085778 Total Folios: 0

12

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
RUIZ	GUEVARA

1er.Nombre	2do.Nombre
SAMUEL	HUMBERTO

Tipo de Documento: CC | CE | PA | TI [X] | RC | AS

No. Documento 1076505432

Direcci¾n: CLL 44 N 2W 01

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3152085778

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/19 **a las** 21:07 **Fecha de Egreso:** 2023/11/20 **a las** 08:40

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S836 ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS

Diagnostico relacionado de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
HEIDER	JOSE

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
ROMERO	CASARES

Tipo Documento CC [X] | CE | PA **No. Documento** 1047454473

N·mero de Registro de MÚdico 1047454473

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	804976	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 60940

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

DOC.IDENT:	TI 1076505432	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 44 N 2W 01		
FCHA.NACTO:	2007.11.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152085778
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.11.19 — HORA DE INGRESO: 21:07
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.11.20 — HORA DE EGRESO: 08:40
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S709 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO ESPECIFICADO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.11.19-21:23:18 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA QLI96G QUE PIERDE EL CONTROL POR ESQUIVAR UNA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 09:10PM
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE JB, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, Y ABRASIONES 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

** REVISION POR SISTEMAS:
SIN ALTERACIONES

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS,
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO NO ADENOPATIAS.
<<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>>

18

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

EPICRISIS No. 60940

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

DOC.IDENT:	TI 1076505432	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 44 N 2W 01		
FCHA.NACTO:	2007.11.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152085778
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

ESTABLE, NO DOLOROSA NI LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SE EVIDENCIA DOLOR CONLIMITACION EN CODO - ANTEBRAZO IZQUIERDO CON PRESENCIA DOLOR EDEMA MODERADO EN MUSLO Y RODILLA IZQUIERDA, PULSOS PRESENTE CON SENSIBILIDAD CONSERVADA
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASION SUCIA EN CODO Y ANTEBRAZO
<<FANERAS>>
SIN LESIONES

** EVOLUCION:
PACIENTE, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. SE EXPLICA PROCEDER QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- TAPON VENOSO
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA
- 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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VI CADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: VI C ADA 8H, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

17

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

EPICRISIS No. 60940

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

DOC.IDENT:	TI 1076505432	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 44 N 2W 01		
FCHA.NACTO:	2007.11.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152085778
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.11.19-21:48:10 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
SE REPORTA IMAGENES
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACION ARTICULAR PRESERVADA

*** FECHA: 23.11.20-06:24:42 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 DESCRITOS ACTUALMENTE ESTABLE CON MODULACION DEL DOLOR QUIEN SE AGUARDA A VALORACION POR ESPECIALIDAD, PARA DETERMINAR CONDUCTAS SE EXPLICA PROCEDER A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

*** FECHA: 23.11.20-07:14:55 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 RODILLA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA IZQUIERDA EDEMA Y DOLOR EN INTERLINEA MEDIAL QUE AUMENTA A ESTRES VALGO X. LACHMAN POSITIVO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: ESGUINCE 3 DE RODILLA IZQ
PLAN: INMOVILIZAR CON FERULA INGUINOMALEOLAR .
SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 30DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

*** FECHA: 23.11.20-08:12:27 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 08:00 / 08:10 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

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

EPICRISIS No. 60940

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

DOC.IDENT:	TI 1076505432	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 44 N 2W 01		
FCHA.NACTO:	2007.11.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152085778
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.11.20-08:12:38 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - 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 INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.11.20-08:39:59 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, VALORADO POR ESPECIALIDAD QUIEN CONSIDERA CURSA CON ESGUINCE 3 DE RODILLA IZQ , SE INDICA INMOVILIZACION, LA CUAL SE REALIZA SIN COMPLICACIONES. SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA ETORICOXIB TABLETA 90 MG MK TOMAR UNA CADA DIA POR 7 DIAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, 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.
- 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.

** ORDENES MEDICAS:

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

EPICRISIS No. 60940

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

DOC.IDENT:	TI 1076505432	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 44 N 2W 01		
FCHA.NACTO:	2007.11.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152085778
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 30 DIAS CON EL DR GARCIA
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: toma runa cad a6 horas, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CAD A8 HORAS., DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.11.20-09:00:29 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: 08:40 / 08:43 DURACION: 00:02

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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 ABRASION EN ANTEBRAZO Y CODO IZQUIERDO, ABRASION EN RODILLA 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 MERCURIO CROMO SIN COMPLICACION ALGUNA.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.11.20-09:15:04 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 07:30 / 07:40 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

SE CARGAN INSUMOS DE LA INMOVILIZACION PREVIAMENTE REALIZADA.

14

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

EPICRISIS No. 60940

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

DOC.IDENT:	TI 1076505432	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 44 N 2W 01		
FCHA.NACTO:	2007.11.21	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3152085778
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

*** FECHA: 23.11.20-09:15:34 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - 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 CARGAN INSUMOS DE LA INMOVILIZACION PREVIAMENTE REALIZADA.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.20-08:40:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1:	S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 2:	S709 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO		

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. Heider Romero C.
Médico CURN
CC. 1047454473

DR@. HEIDER JOSE ROMERO CASARES
REG. MED: 1047454473

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 170244

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -170244 **Fecha** 2023/11/20

Nombre Paciente: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO - 1076505432 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: FFN- NARLY TATIANA FIERRO FRANCO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S709-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO ESPECIFICADO
5. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S836-ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S709-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO ESPECIFICADO
5. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	FFN	.-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 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 CODO IZQUIERDO, ABRASION EN RODILLA 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 MERCURIO CROMO SIN COMPLICACION ALGUNA.

Narly. F-
QUIEN REALIZA

Samuel. Ruiz
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 170244

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -170244 **Fecha** 2023/11/20

Nombre Paciente: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO - 1076505432 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: APG- ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S709-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO ESPECIFICADO
5. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S709-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO ESPECIFICADO
5. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	APG	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: SE CARGAN INSUMOS DE LA INMOVILIZACION PREVIAMENTE REALIZADA.

QUIEN REALIZA

Fernando Ruiz.

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,25-Nov-2023 16:33:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 RUIZ GUEVARA SAMUEL EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.11.1 21:07

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 16 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1076505432 RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO 1 NIVEL I NEIVA CLL 44 N 2W 01 3152085778

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.11.20	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	APG	4.00
2023.11.20	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	APG	4.00
2023.11.20	MAS	VENDA DE	VENDA YESO DE 6X5	APG	3.00
2023.11.20	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	FFN	10.00
2023.11.20	QUI	I ESPUMA	ISODINE ESPUMA X3750	FFN	10.00
2023.11.20	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	FFN	1.00
2023.11.20	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	FFN	6.00
2023.11.20	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	FFN	1.00
2023.11.20	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	FFN	10.00

PACIENTE: 1076505432 RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO **EDAD:** 16

DIRECCION: CLL 44 N 2W 01 **TELEFONO:** 3152085778

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60145 **FECHA SINIESTRO:** 2023.11.18 **Nº POLIZA:** 8118135100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 19 de noviembre de 2023					
13:24:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
13:24:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
13:24:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
21:24:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	DIS1	
21:24:00	VENOCAT CATETER # 20	2.00		NOCHE	DIS1	
21:24:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	DIS1	
21:24:00	VENOCAT CATETER # 22	1.00		NOCHE	DIS1	
21:24:00	TAPON HEPARINIZADO	1.00		NOCHE	DIS1	
21:24:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 15.00

FECHA DEL CONTROL :	lunes, 20 de noviembre de 2023					
05:24:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
05:24:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
05:24:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
05:24:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA	
05:24:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 8.00

9

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO No. Identif. 1076505432 Edad. 16

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.11.20

FORMULA MEDICA

* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:**	24.00	toma runa cad a6 horas
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:**	30.00	TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:**	20.00	TOMAR UNA CAD A8 HORAS.

MEDICO FARMACIA PACIENTE

. Fernando Ruiz

. 1091965583

. Hermano

8

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -198440

FECHA EMISION:	2023.11.20
HORA:	08:40:31
PAGINA No:	1

USUARIO: RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO **FECHA DE PEDIDO:** 2023/11/20

DOC.IDENT: TI 1076505432 CAMA: - ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS MEDICO: Dr. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ

BOD	REFERENCIA		DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	LAB CEFRAX	TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	24.00
002	GEN ACETAMINOFEN	TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
002	GEN IBUPROFENO	TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
			TOTAL CANTIDAD:	74.00

Recibido Paciente

Fernando Ruiz Guevara

1001965583

hermano

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.25
HORA:	16:33:08
PAGINA No:	1

Numero: 84748 Fecha Ex. 19/11/23 Hora 16:12
Nombre Paciente: 1076505432 RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO
Dirección: CLL 44 N 2W 01 Telefono:3152085778 Edad:16 A Sexo:M
Medico: HEIDER JOSE ROMERO CASARES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

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 moderado 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 normales.
Hay edema de los tejidos blandos del antebrazo

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP lateral del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en las imágenes presentadas.

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.
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, 19-11-23

Señores Equidad
Ciudad Neiva.

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

Yo Sandra Cuevara identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Samuel Ruiz , con identificación No. 1076505432 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 19/11/23 a través de SOAT ☒ , ARL ☐ , PREPAGADA ☐ , SEG.ESTUDIANTIL ☐ , EPS ☐ .

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre: Sandra Patricia Cuevara Vela
c.c. 37271851

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.076.505.432

RUIZ GUEVARA

APELLIDOS

SAMUEL HUMBERTO

NOMBRES



Samuel Humberto Ruiz Guevara

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030027927

PLACA: QLI96G
MARCA: YAMAHA
LÍNEA: T115FI (T115FL-5)
MODELO: 2024
CILINDRADA CC: 114
COLOR: VERDE AMARILLO
SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD Kg/PSJ: 2
NÚMERO DE MOTOR: E3S9E0093129
REG: N
VIN: 9FKUE1610R2093129
NÚMERO DE SERIE: ******
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9FKUE1610R2093129
REG: N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RUIZ TOVAR FERNANDO
IDENTIFICACIÓN: C.C. 7712415

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-2007**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

21-NOV-2025 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-MAY-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1900100-01011652-M-1076505432-20180531 0061356672A 1 6694950469

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ******
POTENCIA HP 9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902023000145545

I/E I
FECHA IMPORT. 05/09/2023
PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - RENTAR INVERSIONES LIMITADA



FECHA MATRÍCULA 15/09/2023
FECHA EXP. LIC. TTO. 15/09/2023
FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

UND MCPAL TTOYTTE PALERMO

LTD700263045B

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:35:38 PM horas del 25/11/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **7712415**
Apellidos y Nombres: **RUIZ TOVAR FERNANDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

RUNT 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:	QLI96G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10030027927	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	T115FI (T115FL-5)
MODELO:	2024	COLOR:	VERDE AMARILLO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E3S9E0093129
NÚMERO DE CHASIS:	9FKUE1610R2093129	NÚMERO DE VIN:	9FKUE1610R2093129
CILINDRAJE:	114	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	15/09/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
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
8118135100	14/09/2023	15/09/2023	14/09/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/17

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-FEC1-5481 fechada el dia 23.11.28 cuyo paciente es RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

HISTORIA No. 1076505432

GLOSA No: ZGL-1-42885 **SINIESTRO:** 54811

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE NO SE TRATA DE UN PACIENTE INTRAHOSPITA
EL ORTOPEDISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRIOTO EN EPICRISIS ANEXA ANTERI
Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA CONSULTA ESPECIALIZADA POR ORTOPEDIA DEACUERDO AL DECR
2423/96 ARTICULO 48: Reconocer en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes para lo servicios profesi
por concepto de la atención científica médico y/o quirúrgica, cuando la Institución Prestadora del Servic
aporta los recursos necesarios para la atención integral, así:
39143 Consulta ambulatoria de medicina especializada .
POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR TOTAL OBJETADO.

Recibido!
22 de Enero del 2024
20237397

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	804,976.00
VALOR GLOSADO :	9400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/17

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-FEC1-54811 fechada el dia 23.11.28 cuyo paciente es RUIZ GUEVARA SAMUEL HUMBERTO

HISTORIA No. 1076505432

GLOSA No: ZGL-1-42885 **SINIESTRO:** 54811

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA CÓD. 39132 PORQUE NO SE TRATA DE UN PACIENTE INTRAHOSPITALARIO, EL ORTOPEDISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS COMO ESTA DESCRIOTO EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA CONSULTA ESPECIALIZADA POR ORTOPEDIA DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48: Reconocer en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes para lo servicios profesionales, por concepto de la atención científica médico y/o quirúrgica, cuando la Institución Prestadora del Servicio aporta los recursos necesarios para la atención integral, así:
39143 Consulta ambulatoria de medicina especializada .
POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR TOTAL OBJETADO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	804,976.00
VALOR GLOSADO :	9400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 17 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20224555	**No.**	184970	**Siniestro**	90727006	**No. Factura**	FEC154811
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	19/11/2023	**Fecha aviso**	06/12/2023	**Fecha recepción**	14/12/2023
Fecha formalización	14/12/2023	**Fecha liquidación**	02/01/2024	**Póliza**	811813510	**Vigencia**	15/09/2023 **hast** 14/09/2024
Id tomador	7712415	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	1076505432	**Nombre**	SAMUEL HUMBERTO RUIZ GUEVARA				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	T149					**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%	3,300	0	3,300
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO Ó MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
2	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%, 100%	125,600	0	125,600
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	162,800	0	162,800
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	2,700	0	2,700
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 39143 Y SE HOMOLOGA A 39132 DE ACUERDO A CONSULTA SOPORTADA.	100%	64,500	9,400	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	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	3,300	0	3,300
1	77702	INSUMOS			21,200	0	21,200
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	103,376	0	103,376

1001	**Cobrado**	**804,976**
1002	**Obj. Parcial**	**9,400**
1003	**Liquidado**	**795,576**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			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 ,2023.11.10	16:51:13	2023.12.10

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54232

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN
001 02 SOAT 50% DESC

TIPO CONTRATO EVENTO
VIA DE INGRESO URGENCIAS
ORDEN SS 168402,168409
REGIMEN OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES 2023.10.16 - 16:30
FEC-HORA EGRESO 2023.10.17 - 12:29

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS
EDAD : 32 Años
DIRECCION: VEREDA MIRADOR LA ARGENTINA TELEFONO: 3147531750
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								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	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
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								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
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
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.16	873206		APG				1	62,800	62,800
21701	CRANEO SIMPLE	2023.10.16	879111		APG				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.10.16	879131		APG				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.10.16	879301		APG				1	648,100	648,100
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.10.16	879150		APG				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.10.16	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.10.16	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.10.16	903841						1	18,600	18,600
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.10.16	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.10.16	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
36100	CONSULTA ESPECIALIZADA	2023.10.17	890204		HRN				1	52,600	52,600
36102	CONSULTA DE URGENCIAS (PARA SOLUCION DE PROBLEMAS AGUDOS, DOLOROSOS, HEMORRAGICOS, TRAUMATICOS O INFECCIOSOS)	2023.10.17	890703		GMA				1	33,100	33,100
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA	2023.10.16	890402		DAO				1	71,300	71,300

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 SU
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CI
Autorizacion de facturacion de la Dian: 187
Modalidad ELECTRONICA De
Cufe: 822426851a7c9b76e56444b396642c85eeede54092e6e73
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Di
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Pr

CODIGO DE CONVENIO .110.1
a vigencia de: 12 Meses
00 AUTORIZA
c7146d75685
ILLO Nit. 93.355.451 - 0
COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227452

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 04:59:01 PM
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. FEC154232

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
822426851a7c9b76e56444b396642c85eeede54092e6e73d3f0 0bd3ad560e0b8886b00c3677d041d89e9dc7146d73685

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3601544

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-10 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
550f97a8446ca7b62dcab0c57a95d60f986578b1b2e51e63e8dc 2c16a52b94c5bc20bf8706f14840cb9a8cc81c632cec

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-10 04:54:15.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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. FEC154232

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
822426851a7c9b76e56444b396642c85eeede54092e6e73d3f0
0bd3ad560e0b8886b00c3677d041d89e9dc7146d73685

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

CUDE:
317c687cf285a2c64b5cb58cfafd6bca81cdc0db8de3cee8e8b36
10a9f341f0c47deadb291e1b0187085edf941830159

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-10 09:59:39.000 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:
39610211ff5084060d8d75a2f1dfff26d0cd807a812513540028c3
b7387953a72ba6a29a36421bc01bc3bfba06d31ed8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-10 10:31:45.000 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

DIAN

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. FEC154232

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
822426851a7c9b76e56444b396642c85eeede54092e6e73d3f0 0bd3ad560e0b8886b00c3677d041d89e9dc7146d73685

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
cd819821561273c971477d64b6c40156b32522335ad700238d 0c0155709cf8baac8663e42f2ca783f93bda1e3935e8d8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-10 10:32:05.000 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

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 ,2023.11.10	16:51:13	2023.12.10

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54232

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 168402,168409

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.16 - 16:30	2023.10.17 - 12:29

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS
EDAD : 32 Años
DIRECCION: VEREDA MIRADOR LA ARGENTINA TELEFONO: 3147531750
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								6	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								8	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								4	200	800
	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
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								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19986384	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP								1	12,000	12,000
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
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								6	11,300	67,800
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.16	873206		APG				1	62,800	62,800
21701	CRANEO SIMPLE	2023.10.16	879111		APG				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.10.16	879131		APG				1	683,300	683,300
21712	TORAX	2023.10.16	879301		APG				1	648,100	648,100
21717	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	2023.10.16	879150		APG				1	683,300	683,300
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.10.16	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.10.16	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.10.16	903841						1	18,600	18,600
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.10.16	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.10.16	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
36100	CONSULTA ESPECIALIZADA	2023.10.17	890204		HRN				1	52,600	52,600
36102	CONSULTA DE URGENCIAS (PARA SOLUCION DE PROBLEMAS AGUDOS, DOLOROSOS, HEMORRAGICOS, TRAUMATICOS O INFECCIOSOS)	2023.10.17	890703		GMA				1	33,100	33,100
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA	2023.10.16	890402		DAO				1	71,300	71,300

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: 822426851a7c9b76e56444b396642c85eeede54092e6e73d3f00bd3ad560e0b8886b00c3677d041d89e9dc7146d73685

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

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 ,2023.11.10	16:51:13	2023.12.10

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54232

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	O INTRAHOSPITALARIA										
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA	2023.10.17	890402		CCE				1	71,300	71,300
	O INTRAHOSPITALARIA										
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.16	890701		APG				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.16	S22101		FFN				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	3,601,544	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,601,544

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS UN MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.10 04:54:15 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: 822426851a7c9b76e56444b396642c85eeede54092e6e73d3f00bd3ad560e0b8886b00c3677d041d89e9dc7146d73685

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

FACTURA:	54232
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ -
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 3,601,544
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 54232

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

ALARCON — 1er.Apellido o Razon Social

VARGAS — 2do.Apellido

JUAN — 1er.Nombre

CARLOS — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1086330378

De: 41378 Fecha de Nacimiento: 1991/02/15 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: VEREDA MIRADOR

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3147531750

Municipio: LA ARGENTINA Cod. 378

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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: VEREDA LAS AGUILAS

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/16 Hora: 01:57

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: LA ARGENTINA Cod. 378 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA JYP75E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES, REFIERE QUE HIBA EN ESTADO DE EMBRIEGUEZ Y NO RECUERDA COMO OCURRE EL ACCIDENTE

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: HONDA Placa: JYP75E

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8101888700 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/02/10 Hasta: 2024/02/9

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GOMEZ — 1er.Apellido o Razon Social

ALVAREZ — 2do.Apellido

JAVIER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 83242033

Direccion: VEREDA MIRADOR

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: LA ARGENTINA Cod. 378 Telefono: 3003206322 Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 70

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

1er.Apellido	2do.Apellido
ALARCON	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
JULIAN	DAVID

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1144102232

Direcci¾n: VEREDA MIRADOR

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3003206322

Municipio: LA ARGENTINA **Cod.** 378

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/10/16 a las 11:31

Prestador que remite: E.S.E. JUAN RAMON NU¥EZ PALACIOS **C¾digo de inscripci¾n:** 413780038201

Direccion: CALLE 7 N 4 90 **Telefono:** 8311607 HUILA-ARGENTINA

Profesional que Remite: MERCEDES YULIETH FARFAN MA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/10/16 a las 11:46

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/16 **a las** 16:30 **Fecha de Egreso:** 2023/10/17 **a las** 12:29

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
PRADA	GOMEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de MÚdico 55302763

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3601544	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

93

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 — HORA DE INGRESO: 16:30
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.10.16 — HORA DE EGRESO: 19:44
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.16-16:58:48 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA JYP75E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES, REFIERE QUE HIBA EN ESTADO DE EMBRIEGUEZ Y NO RECUERDA COMO OCURRE EL ACCIDENTE

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 04:32PM
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE ARGENTINA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY , OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 170 PESO: 65 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA, CON DOLOR EN MACIZO FACIAL, DOLOR A LA APERTURA ORAL. AFLOJAMIENTO DE DIENTES
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, DOLOR EN REGION CERVICAL.
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION ANTERIOR,
<<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>>

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN MANO DERECHA PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15 AMNESIA ANTEROGRADA, CEFALEA,
<<PIEL>>
ABRASIONES Y TATUAJE PAVIMENTO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, HERIDAS CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, SANGRADO MODERADO, PROFUNDA AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE EN NUMERO DE 5, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. ABRASIONES LEVE EN MANO DERECHA.
<<FANERAS>>
SIN LESIOENS.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR NEUROCIRUGIA, CIRUGIA GENERAL, CIRUGIA PLASTICA, CX MAXILOFACIAL, ODONTOLOGIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA PT Y TPT, INR, CREATININA, GLUCOSA EN SANGRE
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

VALORACION POR ODONTOLOGIA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLCIAR IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.16-17:56:07 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
DEBIDO A FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, SE DA ORDEN DE VALROACION POR OTORRINO AMBULATORIO.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE CARA: CON EVIDENCIA DE FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

TAC DE TORAX: NO SIGNOS DE HEMOTORAX, NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIACA NORMAL.

TAC MAXILAR INFERIOR: NOS IGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARE SCONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS DE LA BASE LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, SIN DESVIACIONES, NO TRAZOS DE FRACTURA

PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

VALORACION POR OTORRINO DE FORMA AMBULATORIA.

*** FECHA: 23.10.16-18:05:56 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA LEUCO: 10.57 NEUTRO: 77.7 LINF: 16.3 PLAQ: 223.000 HB: 15.0 HTO: 45.0
GLUCOSA EN SANGRE: 102.0
CREATININA: 0.8 TP: 13.3 TPT: 35.0 INR: 0.89

REPORTE DE PARACLINICOS DE BAJO RIESGO.

*** FECHA: 23.10.16-18:06:52 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: 17:01 / 17:05 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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 HERIDAS FACIALES EN: REGION FRONTAL, SUPRACILIAR IZQUIERDA, PLIEGUE NASAL, NASOLABIAL Y CAVIDAD BUCAL SUTURADAS + ABRASION EN MANO DERECHA + 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: 23.10.16-18:35:10 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL, NEUROCIRUGIA, CIRUGIA GENERAL.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-18:34:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.10.16-19:28:43 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: INTERCON

37

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** VALORACION,PLAN INTERCONSULTAS:
--->><<2023.10.16-19:33:12>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) / ADMIS: 168402

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN AREA RURAL SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA ASI COMO CIRUGIA
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.
CD A CIRUGIA

***** FECHA: 23.10.16-19:35:29 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA POR ACC TTO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS MULTIPLES CABEZA

** SIGNOS VITALES:
TA: 125/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 167 PESO: 77 IMC: 28

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO,

** EVOLUCION:

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN AREA RURAL SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA ASI COMO CIRUGIA

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

EPICRISIS No. 60361

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX
** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-18:40:11 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.10.16-19:35:56 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA POR ACC TTO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS MULTIPLES CABEZA

** SIGNOS VITALES:
TA: 125/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 167 PESO: 77 IMC: 28

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO,

** EVOLUCION:
A CX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX

*** FECHA: 23.10.16-19:42:06 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RACHID GORRON MALOOF MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

MEDICO AYUDANTE: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 18:40 / 19:20 DURACION: 00:39

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 16613
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE EN NUMERO DE 5, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA BLOQUEO, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES Y TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PROCEDEMOS LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS:
- DERMOABRASION EN CARA CON BISTURI SIN COMPLICACIONES HEMOSTASIA COMPRESIVA DE REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA , CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION FRONTAL CENTRAL PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO MIOCUTANEO POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION NASOLABIAL DERECHA PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA (5), CON PROLENE 5.0 SIN COMPLICACIONES PREVIO LAVADO HEMOSTASIA.

39

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION MUCOSA ORAL INFERIOR EN RELACION LABIO INFERIOR PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL DE MUCOSA POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL 4.0 VITAL. CURACION CON MERCURIOCROMO.
NO COMPLICACIONES.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.10.16-19:45:15 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
BUENA EVOLUCION DEL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES TODO EXPLICADO AL PACIENTE QUE ENTIENDE Y ACEPTA, SE DA FORMULA MEDICA CONTROL Y ORIENTACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
IBUPROFENO 400 MG .....# 15 COMP
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

NO ASOLEARSE
TOMAR MEDICACION
CURACION CADA 8 HORAS CON MERCURIOCROMO POR 10 DIAS Y DESPUES APLICAR ACEITE DE GIRASOL HASTA CAER LAS COSTRAS SOLAS
RETIRO DE PUNTOS EN 14 DIAS SI ESTA EN CONDICIONES EN EL CARA, EN LA BOCA NO RETIRAR.

CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS
- 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.

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-19:44:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA		

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@. RACHID GORRON MALOOF
REG. MED: 0145/00

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

EPICRISIS No. 60366

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 — HORA DE INGRESO: 20:11
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.10.17 — HORA DE EGRESO: 12:29
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: T019 - HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.16-21:08:00 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE CIRUGIA, INGRESA A OBSERVACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACIONES ESPECIALIZADAS.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 32 AÑOS QUIEN REFIERE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE HOY CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOFACIAL, TORAX Y MANO DERECHA, ASOCIADO A HERIDAS MULTIPLES EN CARA, CAVIDAD ORAL, ASOCIADO A ABRASIONES EN CARA Y AREA GENERAL, CON IMAGENES DIAGNOSTICAS QUE EVIDENCIAN FRACTURA DE HUESOS PROPIOS E IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR, FUE VALORADO POR CIRUGIA PLASTICA QUIEN LLEVA A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZA DERMOABRASION PARCIAL DE CARA + COLGAJO MIOCUTANEO PARA HERIDA EN REGION FRONTAL + COLGAJOD E PIEL REGIONAL LOCAL HERIDA EN REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA + COLGAJO DE PIEL REGIONAL LOCAL PARA HERIDA EN REGION NASOLABIAL + SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA (5) + COLGAJO REGIONAL LOCAL DE MUCOSA EN MUCOSA ORAL. REINGRESA PACIENTE A OBSERVACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO ESTABLECIDO, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACIONES ESPECIALIZADAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/74 FC: 78 FR: 18 TEMP: 36.2 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
DOLOR A LA PALPACION DEL MACIZO FACIAL, LIMITACIONDE ADECUADA APERTURA OCULAR OJO IZQUIERDO, VENDAJE EN CABEZA, ABRASIONES CURADAS CON MERCURIOCROMO , HERIDAS SUTURADAS. TRAUMA DENTAL CON MOVILDIAD GENERALIZADA.
<<CUELLO>>
MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
<<TORAX>>
LEVE DOLOR A LA PALPACION EN TORAX, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS SIN AGREGADOS.
<<ABDOMEN>>
BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
<<GENITOURINARIO>>
SIN LESIONES
<<PELVIS>>

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

EPICRISIS No. 60366

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

ESTABLE NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES, EXTREMIDADES SE EVIDENCIAN ABRASIONES CURADAS EN MANO DERECHA LEVE DOLOR A LA PALPACIONSIN LIMITACION DE MOVILIDAD, RESTO SIN ALTERACIONES
<<NEUROLOGICO>>
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
ABRASIONES LIMPIAS
<<FANERAS>>
SIN LESIONES ADICIONALES

** EVOLUCION:
SE REALIZA LA VALORACION DEL PACIENTE POSTERIOR A LAVADO DE MANOS Y ADECUADO USO DE LOS EPP INDICADOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. TRAUMA CRANEO FACIAL
2. HERIDAS MULTIPLES EN CARA Y MUCOSA ORAL
3. ABRASIONES Y CONTUSIONES
4. FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES
5. FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR
6. TRAUMA EN TORAX

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. DERMOABRASION PARCIAL DE CARA + COLGAJO MIOCUTANEO PARA HERIDA EN REGION FRONTAL + COLGAJOD E PIEL REGIONAL LOCAL HERIDA EN REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA + COLGAJO DE PIEL REGIONAL LOCAL PARA HERIDA EN REGION NASOLABIAL + SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA (5) + COLGAJO REGIONAL LOCAL DE MUCOSA EN MUCOSA ORAL. (16/10/2023)

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA

REINGRESA PACIENTE A OBSERVACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO ESTABLECIDO, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACIONES ESPECIALIZADAS.

** PLAN DE MANEJO:
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE.
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENIR CAIDAS.
- VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL, ODONTOLOGIA Y NEUROCIRUGIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

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

EPICRISIS No. 60366

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR IV CADA 8 HORAS., 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: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, 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

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.10.16-21:45:35 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL***

***** FECHA: 23.10.16-21:53:25 MEDICO: / (DR(A). DAO - DAVID ANDRES ORTIZ MADURO - C.C. 1075234796 - REG. MEDICO: 1409-10 - CIRUGIA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE MOVILIZABA EN MOTOSUFRIENDO TRAUMA A NIVEL TORACICO, ABDOMINAL Y EN EXTREMIDADES, REFIER EDOLROEN HEMICULLO IZQUIERDO.

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 114/68 MMHG, FC: 74 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, HERIDAS SUTURADAS EN CARA, EDEMA FACIAL ,
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL ANTERIOR SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS 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:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. TRAUMA CRANEO FACIAL
2. HERIDAS MULTIPLES EN CARA Y MUCOSA ORAL
3. ABRASIONES Y CONTUSIONES
4. FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES
5. FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR
6. TRAUMA EN TORAX

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

EPICRISIS No. 60366

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

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: 23.10.17-07:12:52 MEDICO: / (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)***

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

** EVOLUCION:
MAXILOFACIAL:
PACIENTE QUIEN SUFRE POLITRAUAMTISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA FACIAL IMPORTANTE, CON EDEMA Y DOLOR EN MACIZO FACIAL.

TAC DE CARA: FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR.

PACIENTE QUIEN SE BENENFICIA DE MANEJO QUIRURGICO CUANDO MEJOREN LOS TEJIDOS BLANDOS.
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES Qx:

PROGRAMACION DE CIRUGIA
PROGRAMAR: PRIORITARIO OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR.
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: SISTEMA 1.5 MM PLACA RECTA DE 10 ORIFICIOS #1
TORNILLOS DE 1.5 MM *7MM #10
TORNILLOS DE FIJACION INTERMAXILAR DE 12 MM #6
ALAMBRE LIGADURA
FECHA A DEFINIR

***** FECHA: 23.10.17-11:14:08 MEDICO: / (DR(A). GMA - GINA MERICY ANDRADE - C.C. 36067086 - REG. MEDICO: 36067086 - ONDOTOLOGIA GRAL)***

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

** EVOLUCION:
VALORACIO ODONTOLOGIA:
PACIENTE VALORADO POR PRESENTAR TRAUMA DENTOALVEOLAR POR ACCIDENTE DE TRANSITO, PRESENTA EDEMATIZACION LABIO Y CARA CON LACERACIONES, INTRAORAL SE OBSERVAN DIENTES CON MOVILIDAD Y FRACTURAS, SE CIERRA INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA, SE REMITE A CONSULTA EXTERNA

***** FECHA: 23.10.17-11:52:05 MEDICO: / (DR(A). CCE - EDNA KATHERINE CAMARGO CASTELL - C.C. 55181460 - REG. MEDICO: 2538/98 - NEUROCIRUGIA)***

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

18

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

EPICRISIS No. 60366

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** EVOLUCION:
NEUROCIRUGIA

PACIENTE QUIEN AYER PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO SIN CASCO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO POR TIEMPO NO DEFINIDO REFIERE NO TIENE CEFALEA, NO EMESIS.
AL EF
ALERTA ORIENTADO PINRAL SIMETRIA FACIAL G 15 , NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO ROT SIMETRICOS, DOLOR A LA PALPACION SOBRE ESPINOSAS DORSALES ALTAS. DOLOR EN FACIAL, ESCORIACIONES EN CARA Y HERIDA FRONTAL SUTURADA

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO COLECCIONES INTRA NI EXTRA AXIALES CISTERNAS DE LA BASE LIBRES LINEA MEDIA CONSERVADA, NO FRACTURAS
TAC DE TORAX SE REVISA COLUMNA TORACICA NO SE ENCUENTRA FRACTURAS APARENTES.

A. PACIENTE SIN LESIONES INTRACRANEANAS RADIOLOGICAS POR TRAUMA Y SIN SIGNOS CLINICOS NI RADIOLOGICOS DE HTEC, POR LO CUAL SE DECIDE DAR ALTA POR NEUROCIRUGIA, CON RECOMENDACIONES DE SIGNOS DE ALARMA DE REINGRESO A URGENCIAS (EN CASO DE CEFALEA, VOMITO, ALTERACION DE CONSCIENCIA, PERDIDA DE FUERZA O SENSIBILIDAD CONSULTAR POR URGENCIAS).
SOLICITAR IRM DE COLUMNA TORACICA Y CONTROL AMBULATORIO. ANALGESIA.

***** FECHA: 23.10.17-12:28:41 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 + TRAUMA CRANEO FACIAL + HERIDAS MULTIPLES EN CARA Y MUCOSA ORAL + FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES - FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR - TRAUMA EN TORAX . ACTUALMENTE HEMODINAMICAMNETE ESTABLE CON SIGNOS VITALES EN METAS , CON MODULACION DEL DOLOR Y MOVILIDAD DE ARTICULACIONES , VALORADO POR ESPECIALIDADES QUIEN CONSIDERAN DAR EGRESO, A ESPERA DE PROGRAMACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL SE DA INCAPACIDAD PROLONGADA POR TIPO DE FRACTURA Y LESIONES, CON VALORACIONES AMBULATORIAS POR OTORRINOLARINGOLOGIA Y ODONTOLOGIA PARA MANEJO DEFINITIVO. SE DA MANEJO Y CITAS CONTROL CON SIGNOS DE ALARMA , S E EXPLICA EL PROCEDER , QUIEN REFIERE ENTEDER.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

SALIDA
ACETAMINOFEN TAB 500 MG VO CADA 6H # 20
IBUPROFENO TAB 400 MG VO CADA 8H #20
CEFRADINA TAB 500 MG VO CADA 6H #24
CITA CONTROL CON ESPECIALIDADES EN 15 DIAS
CITA PRIORITARIA CON ODONTOLOGIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA.
PENDIENTE PROGRAMAR PARA CIRUGIA POR CIRUGIA MAXILOFACIAL
SE SOLICITAN PREQUIRURGICOS PARA SERVICIO DE MAXILOFACIAL.
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS
ORDENES DE CIRUGIA PLASTICA CUMPLIR Y ORDEN DE CORTE DE PUNTOS SEGUN LO DESCRITO.
SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.

** OTROS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON CIRUGIA GENERAL. DR MADURO

27

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

EPICRISIS No. 60366

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON NEUROCIRUGIA DRA. CAMARGO

CITA PRIORITARIA CON ODONTOLOGIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA MABULATORIA POR CONSULTA EXTERNA.

MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

S/ TRAER HEMOGRAMA - TP -TPT- INR - CREATININA - GLICEMIA EL DIA DE CIRUGIA CON MAXILOFACIAL.

** ORDENES MEDICAS:

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 UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR 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.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN EL CONTROL.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL 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...).
8. VISIÓN DOBLE O BORROSA.
9. PÉRDIDA DE FUERZA O MOVILIDAD EN ALGUNA EXTREMIDAD.
10. CONVULSIONES.

26

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

EPICRISIS No. 60366

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

11. APARICIÓN DE SANGRE O LÍQUIDO ACUOSO EN EL OÍDO O LA NARIZ
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 6H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

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: TOMR 1 TAB CADA 8H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.10.17-12:29:51 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: 2023.10.17-12:29:03 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		
RELACIONADO 1:	T019 - HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS		
RELACIONADO 2:	S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO		

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@. CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA
REG. MED: 1536/10

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LT A

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 16 402

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -168402 **cha** 2023/10/16

Nombre Paciente: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS - 1086330378 **Edad:** 32 **Sexo:** M

Quien Realiza: FFN- NARLY TATIANA FIERRO FRANCO **Sala:** 10 SALA DE CURA( )NES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
3. T019-HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA C/ EZA, NO ESPECIFICADO
3. T019-HERIDAS MULTIPLES, N(SPECIFICADOS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS I RTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
5. S202-CONTUSION DEL TORAX

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	FFN	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORM DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDAS FACIALES EN: GION FRONTAL, SUPRACILIAR IZQUIERDA, PLIEGUE NASAL, NASOLABIAL Y CAVIDAD BUCAL SUTURADAS ABRASION EN MANO DERECHA + SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR IEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y TISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE ISODINE S(JCION, SIN COMPLICACION ALGUNA.

NC 114
QUIEN REALIZA

Juan Carlos Alarcon
FIRMA DE PACIE E

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,16-Oct-2023 09:14:5

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:** 2023.10.1 16:30
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 32 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS 1 NIVEL I LA ARGENTINA VEREDA MIRADOR 3147531750

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.10.16	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	FFN	10.00
2023.10.16	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	FFN	10.00
2023.10.16	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	FFN	1.00
2023.10.16	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	FFN	6.00
2023.10.16	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	FFN	1.00

PACIENTE: 1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS **EDAD:** 32

DIRECCION: VEREDA MIRADOR **TELEFONO:** 3147531750

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59516 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.16 **Nº POLIZA:** 8101888700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 16 de octubre de 2023						
16:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:59:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:59:00	TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP	1.00	SUBCUTANEA	DIA	CPM1	
16:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
16:59:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		DIA	CPM1	
16:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	CPM1	
16:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
16:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		DIA	CPM1	
16:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 13.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 17 de octubre de 2023						
00:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:59:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	LMS	
00:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
00:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
00:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
04:59:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
04:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	LMS	
08:54:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
08:59:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
08:59:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MLD	
08:59:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	MLD	
08:59:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	
08:59:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MLD	
08:59:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 22.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -196557

FECHA EMISION: 2023.10.17
HORA: 12:29:59
PAGINA No: 1

USUARIO: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS
DOC.IDENT: CC 1086330378 **CAMA:** -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2023/10/17
ORIGEN:
MEDICO: Dr. HEIDER JOSE ROMERO CASARES

BOD	REFERENCIA		DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	LAB CEFRAX	TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	24.00
002	GEN ACETAMINOFEN	TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	20.00
002	GEN IBUPROFENO	TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
			TOTAL CANTIDAD:	64.00

Juan Carlos Alarcón

Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS No. Identif. 1086330378 Edad. 32

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.10.17

FORMULA MEDICA

* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:** 24.00	TOMAR 1 TAB CADA 6H
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TAB CADA 6H
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMR 1 TAB CADA 8H

Dr. Herder Romero C.
Médico CURN
CC. 1047454473

MEDICO

FARMACIA

Juan Carlos Alarcon

PACIENTE

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

ALARCON VARGAS JUAN CARLOS
1086330378
Masculino
32 Años

Orden No. 202310160011

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado		Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA						
Hemograma IV						
Recuento de Leucocitos	10.57		x 10^3/ul			16/10/2023 17:45
Recuento de Globulos Rojos	5.13		x 10^6/ul		3.50 - 5.50	16/10/2023 17:45
Hemoglobina	15.0		g/dl		11.0 - 15.0	16/10/2023 17:45
Hematocrito	45.0		%		36.0 - 48.0	16/10/2023 17:45
Volumen Corpuscular Medio	87.7		fL		80.0 - 99.0	16/10/2023 17:45
Hemoglobina Corpuscular Media	30.6		pg		26.0 - 32.0	16/10/2023 17:45
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.9		g/dl		32.0 - 36.0	16/10/2023 17:45
Recuento de Plaquetas	223		x 10^3/ul		150 - 450	16/10/2023 17:45
Neutrofilos %	77.7		%	*	50.0 - 70.0	16/10/2023 17:45
Linfocitos %	16.3		%	*	20.0 - 40.0	16/10/2023 17:45
Monocitos %	5.8		%		1.0 - 8.0	16/10/2023 17:45
Eosinofilos %	0.20		%	*	3.00 - 7.00	16/10/2023 17:45
Basofilos %	0.00		%		0.00 - 1.00	16/10/2023 17:45
Neutrofilos #	8.22		x 10^3/ul	*	2.00 - 7.80	16/10/2023 17:45
Linfositos #	1.72		x 10^3/ul		0.60 - 4.10	16/10/2023 17:45
Monocitos #	0.61		x 10^3/ul		0.10 - 1.80	16/10/2023 17:45
Eosinofilos #	0.02		x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	16/10/2023 17:45
Basofilos #	0.00		x 10^3/ul		0.00 - 0.10	16/10/2023 17:45
Volumen Plaquetario Medio	8.7		fL		7.4 - 10.4	16/10/2023 17:45
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	46.7		fL	*	39.0 - 46.0	16/10/2023 17:45
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.8		%		11.5 - 14.5	16/10/2023 17:45
PDW	16.0					16/10/2023 17:45
PCT	0.195		%			16/10/2023 17:45

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

BIOQUIMICA						
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	102.0		mg/dl		74.0 - 106.0	16/10/2023 17:50
METODO: QUIMICA SECA.						

Copia del informe

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-10-16 17:12
2023-10-16 18:00

Paciente

ALARCON VARGAS JUAN CARLOS
1086330378
Masculino
32 Años

Orden No. 202310160011

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
BIOQUIMICA				
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.8	mg/dl	0.7 - 1.3	16/10/2023 17:50
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	13.30	seg	11.30 - 18.30	16/10/2023 17:50
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	35.00	seg	22.00 - 38.00	16/10/2023 17:45
INR	0.89			16/10/2023 17:50

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

Copia del informe

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 OCTUBRE 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 seis (06) días del mes de octubre de 2023.

++++++++++++++++++++++++++

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

++++++++++++++++++++++++++

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 835a2f9b8b05164f1d8ec15868ec95a3980349daf38705ee867dad24bf3ad6c161edf4806f04e71d1418c7c0b2614d36

Número de Factura: FE-9629
Fecha de Emisión: 24/10/2023
Fecha de Vencimiento: 23/11/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA / CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	2023	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 8.348.130,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 8.348.130,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro. Tipo Código Descripción % Valor

Información Complementaria

Nro Nombre Campo Valor Campo

Anticipos

Nro Valor Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia Número Referencia Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2023 (11 AL 20 DIAS DEL M ES DE OCTUBRE)

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-10-24 16:28:06
Documento generado el: 2023-10-24 16:28:05
Generado por:Solución Gratuita DIAN Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	8.348.180,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	8.348.180,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total Impuesto (+)	0,00
Total neto factura (=)	8.348.180,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 8.348.180,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($ 8,348,130.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2023 (DEL 11 AL 20).

	Historia	Edad	Nombre	Género
10110001	1075274693	29 Años	SANTOFIMIO RAMIREZ FRANCISCO	
	902204		ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD	7,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	906913		PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION	65,300
10110037	83116943	43 Años	ROSAS TRUJILLO FAIBER	
	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
10110038	7721136	41 Años	CARDOZO MASMELA JOHN ALEXANDER	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
10110046	1075211174	19 Años	VARGAS WILLAMSON JUAN FELIPE	
	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	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10110047	83163052	56 Años	TOVAR MENZA MARCO EMILIO	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
10110048	12122354	60 Años	CARDOZO QUIMBAYO ARISTOBULO	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10120050	79057777	53 Años	BUITRAGO POVEDA LEONARDO	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10120055	1075273506	29 Años	CUELLAR RAMIREZ JHORDIN ALEJANDRO	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10130001	83221379	51 Años	CEDEÑO SANABRIA JULIO CESAR	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10130002	1082806692	1 Año	FALLA DEVIA DILAN FELIPE	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($ 8,348,130.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2023 (DEL 11 AL 20).

		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160008	12253693	64 Años	VARGAS HERRERA LIBARDO	
		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	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160011	1086330378	32 Años	ALARCON VARGAS JUAN CARLOS	
		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	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160012	1120865256	18 Años	CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS	
		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	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160013	1079604287	38 Años	ESGUERRA OCAMPOS JHON EDISON	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
		799	PARCIAL ORINA	20,500
10160014	36066765	45 Años	BARRIOS BAHAMON BERTHA CECILIA	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
10160015	12136285	55 Años	GUTIERREZ CASANOVA JULIAN	
		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	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10170001	1075791236	18 Años	PASTRANA FLOREZ DANIEL ESTEVAN	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
10170002	1081183084	31 Años	CARDOZO BERMUDEZ JUAN ERNESTO	
		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	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10170009	1075261660	31 Años	MUNAR MERCADO MARIA PAULA	
		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	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10170024	1112479696	30 Años	PERDOMO CARLOS ALFREDO	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
10170025	1077724828	15 Años	PANCHE MANCILLA TANYA MICHELL	
		902204	ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD	7,300

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($ 8,348,130.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2023 (DEL 11 AL 20).

	901210		CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	52,200
10190078	1075236740	34 Años	ORTIZ DIANA MARCELA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10200001	1081162056	1 Año	HERMOSA QUINTERO ALLINSON TATIANA	
	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
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10200003	1081164059	34 Años	MAHECHA MONJE MAURICIO	
	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	18,600
10200010	79713318	49 Años	RAMOS CAMELO GALO	
	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	18,600
10200046	1007300253	22 Años	CUELLAR PERDOMO JORGE EDUARDO	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
			SUBTOTAL	9,275,700
			MENOS EL 10%	927,570
			TOTAL	8,348,130

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.10.24
HORA:	08:33:45
PAGINA No:	1

Numero: 83805 Fecha Ex. 16/10/23 Hora 08:33
Nombre Paciente: 1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS
Dirección: VEREDA MIRADOR Telefono:3147531750 Edad:32 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región frontal línea media y parasagital izquierda.
Opacidades etmoidales bilaterales.
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 artefactos hiperdensos focales hacia la región del endocraneo.

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:

Hay edema de los tejidos blandos de la región frontal y fronto etmoidal de predominio izquierdo e igualmente de la hemicara izquierda sobre el pómulo izquierdo.
El techo no muestra alteraciones.
Las láminas papiráceas del etmoides tienen características satisfactorias.
Hay ocupación parcial del laberinto etmoidal.
Las alas esfenoidales y canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas esta conservado.
Hay presencia de fracturas que comprometen el puente nasal especialmente en su zona central y del ala izquierda.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos tienen aspecto normal.
Las paredes de los senos maxilares y las apófisis pterigoideas no muestran cambios.
No se anotan otras alteraciones.

TAC MAXILAR INFERIOR

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.10.24
HORA:	08:33:46
PAGINA No:	2

Numero: 83805 Fecha Ex. 16/10/23 Hora 08:28
Nombre Paciente: 1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS
Dirección: VEREDA MIRADOR Telefono:3147531750 Edad:32 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ 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 presencia de una imagen de alta densidad laminar por delante de la arcada dentaria del maxilar inferior en línea media.
También se advierte doble imagen dentaria a nivel de la unión del maxilar inferior y el maxilar superior.
Moderado edema de tejidos blandos hacia la rama horizontal bordeando el aspecto externo del y presencia de un pequeño foco de enfisema a este nivel.
Las articulaciones temporo mandibulares tienen características normales.
Las ramas ascendentes del maxilar inferior no muestran cambios.
Los ángulos del maxilar inferior son normales.

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:

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo no se advierten alteraciones.
A nivel del tejido pulmonar se advierte una conformación nodular de 6MM de espesor redondeada subpleural para hiliar anterior derecha como se advierte en la imagen numero 18 para correlacionar y controlar.
No hay focos pulmonares consolidativos ni otras alteraciones de carácter evolutivo del tejido pulmonar.
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 ligeramente elongado.
El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.
No se confirma cardiomegalia.
Aorta torácica descendente sin alteraciones.
La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.
El trayecto esofágico esta conservado.
En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

10

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, 16/10/2023

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Juan Carlos Alcon Vargas identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1086330318, 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 10/10/23 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Juan Carlos Alcón

Firma
Nombre: Juan Carlos Alcon U
c.c. 1086330318

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

9

JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010966
Calle 7 No. 4-90

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10018283
Historia Clínica No.
1086330378

Fecha de remisión lunes, 16 de octubre de 2023 **Institución a la que se contrarremite** 413960001101
Razon Social HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
JUAN CARLOS ALARCON VARGAS	CC No. 1086330378	15 - feb. - 1991	COLOMBIA	HUILA	LA ARGENTINA	32 años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
EL MIRADOR	3147531750	HUILA	LA ARGENTINA	R

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad EQUIDAD SEGUROS SOAT **Regimén entidad** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable:
Dirección de residencia: **Teléfono:**
Departamento: **Ciudad:**

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 16 de octubre de 2023	**Fecha de Egreso:**	lunes, 16 de octubre de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCOMAXIL
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	2 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	11:31	**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 CAI DE LA MOTO

His.Enfermedad Actual:
NOTA RETROSPECTIVA DE LA 1+57 HRS.

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.

PATOLOGICOS
- NIEGA
FARMACOLOGICOS
- NIEGA
HOSPITALARIOS
- NIEGA
QUIRURGICOS
- NIEGA
TRAUMATICOS
- NIEGA
TOXICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA

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
Presión Arterial: 120 / 70 //Frecuencia Cardiaca: 90 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 75 //Talla: 170 //I.M.C.: 25.9515570934256 -

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLES condiciones generales *Cabeza y Cuello: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE LACERACIONES SE EVIDENCIAN 2 HERIDAS EN REGION FRONTAL 1 DE APROX 3 CM LA OTRA DE APROX 2 CM Y SE EVIDENCIA OTRA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR DE APROX 1 CM *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: Simétricas, Eutróficas, no edemas con

JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010966
Calle 7 No. 4-90

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10018283
Historia Clínica No.
1086330378

buena perfusión Distal *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

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

Plan o Conducta a Seguir

- CLORURODE SODIO AL 0.9% X 500ml 2 2
- Observación/Primer Nivel (P.O.S) 1
- Derechos de Sala Curación (P.O.S) 1
- Derechos de Sala Suturas (P.O.S) 1
- Punto de Sutura (P.O.S) 1

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Dx. Ingreso (V285) MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO
- Dx. Relacionado1: (S018)HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
- Dx. Relacionado2: (S024)FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR
- Dx. Salida ó Principal:(V285)MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTO SE REALIZA ASAEPSIA Y ANTISEPSIA DE HERIDA SE INFILTRAN BORDES CON LIDOCAINA SIMPLE SE REALIZAN 14 PUNTOS SIMPLES CON PROLENE 5-0 REPARTIDO EN LAS HERIDAS
PLAN
OBSERVACION
SODIO 500 CC A CHORO Y CONT 80 CC HORA

PACIENTE AL CUAL SE DECIDE REMITIR PARA VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA VALORACION Y REALIZACION DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

7+30 HRS
SE RECIBE PACIENTE, REFIERE ESTAR BIEN, GLASGOW 15/15 CON MODULACION DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO CON LACERACIONES A NIVEL DE CARA, LADO IZQUIERDO CON EDEMA MARCADO QUE COMPROMETE REGION PALPEBRAL CON LIMITACION PARA LA ABERTURA OCULAR IZQUEIRDA. POR TAL MOTIVO SE SOSPECHA PACIENTE CON POSIBLE COMPROMISO OSEO A NIVEL MAXILAR SUPERIOR, POR TAL MOTIVO SE SOLICITA REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DE IMAGENS Y VALROAICON ESPECIALIZDA, SE EXPLICA A PACINTE, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

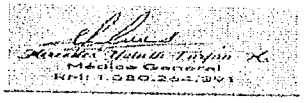
Diagnóstico por el cual se remite: V285 MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESI

CRITERIO Y JUSTIFICACION

SE RECIBE PACIENTE, REFIERE ESTAR BIEN, GLASGOW 15/15 CON MODULACION DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO CON LACERACIONES A NIVEL DE CARA, LADO IZQUIERDO CON EDEMA MARCADO QUE COMPROMETE REGION PALPEBRAL CON LIMITACION PARA LA ABERTURA OCULAR IZQUEIRDA. POR TAL MOTIVO SE SOSPECHA PACIENTE CON POSIBLE COMPROMISO OSEO A NIVEL MAXILAR SUPERIOR, POR TAL MOTIVO SE SOLICITA REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DE IMAGENS Y VALROAICON ESPECIALIZDA, SE EXPLICA A PACINTE, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

Resultados Exames

MERCEDES YULIETH FARFAN MA
MEDICO
Registro Medico No. 1080264891



HOSPITAL JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10076416
16/10/2023 3:49:00 AM
Historia Clínica No.
1086330378

IDENTIFICACION

Paciente : JUAN CARLOS ALARCON VARGAS
Entidad: EQUIDAD SEGUROS SOAT
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA
Dirección: (EL MIRADOR)
Identificación No.: CC No. 1086330378
Fecha Nacimiento: 15 - feb. - 1991
Ciudad: LA ARGENTINA **Edad:** 32 Años **Sexo** M
Teléfonos: 3147531750

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: lunes, 16 de octubre de 2023 **Hora:** 3:12 **Paciente Llega por sus propios medios?** SÍ **Cual**
Acompañante:
Dirección: **Tel.** **Estado:**

En caso de accidente, intoxicación o violencia
Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
ME CAI DE LA MOTO

Historia Enfermedad Actual
NOTA RETROSPECTIVA DE LA 2+57 HRS.

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.

Antecedentes

PATOLOGICOS
- NIEGA
FARMACOLOGICOS
- NIEGA
HOSPITALARIOS
- NIEGA
QUIRURGICOS
- NIEGA
TRAUMATICOS
- NIEGA
TOXICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

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 FISICO

Presión Arterial: 120 / 70 //Frecuencia Cardiaca: 90 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 75 //Talla: 170 //I.M.C.: 25.95 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 86.67

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLES condiciones generales *Cabeza y Cuello: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE LACERACIONES SE EVIDENCIAN 2 HERIDAS EN REGION FRONTAL 1 DE APROX 3 CM LA OTRA DE APROX 2 CM Y SE EVIDENCIA OTRA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR DE APROX 1 CM *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: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *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

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (V285) MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO
- Relacionado1: (S018)HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
- Relacionado2: (S024)FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE. POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE

6

HOSPITAL JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10076416
16/10/2023 3:49:00 AM
Historia Clínica No.
1086330378

TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTO SE REALIZA ASAEPSIA Y ANTISEPSIA DE HERIDA SE INFILTRAN BORDES CON LIDOCAINA SIMPLE SE REALIZAN 14 PUNTOS SIMPLES CON PROLENE 5-0 REPARTIDO EN LAS HERIDAS
PLAN
OBSERVACION
SODIO 500 CC A CHORO Y CONT 80 CC HORA

PACIENTE AL CUAL SE DECIDE REMITIR PARA VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA VALORACION Y REALIZACION DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

7+30 HRS
SE RECIBE PACIENTE, REFIERE ESTAR BIEN, GLASGOW 15/15 CON MODULACION DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO CON LACERACIONES A NIVEL DE CARA, LADO IZQUIERDO CON EDEMA MARCADO QUE COMPROMETE REGION PALPEBRAL CON LIMITACION PARA LA ABERTURA OCULAR IZQUEIRDA. POR TAL MOTIVO SE SOSPECHA PACIENTE CON POSIBLE COMPROMISO OSEO A NIVEL MAXILAR SUPERIOR, POR TAL MOTIVO SE SOLICITA REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DE IMAGENS Y VALROAICON ESPECIALIZDA, SE EXPLICA A PACINTE, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

11+39 HRS
CLINICA DE FRACTURAS DE LA CIUDAD DE NEIVA
remisiones clinica
11:38 (hace 0 minutos)
para mí
BUENOS DIAS,
PACIENTE ACEPTADO POR LA DRA. ANGELICA PRADA, FAOVR ENVIAR DOCUMENTACION COMPLETA E IMPRESA.
GRACIAS,

Conducta a seguir:

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
200776 - YANDI RAFAEL CUENTAS RANGEL (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 06:47

1 - Observación/Primer Nivel
2 - Derechos de Sala Curación
3 - Derechos de Sala Suturas
4 - Punto de Sutura

200774 - YANDI RAFAEL CUENTAS RANGEL (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 04:03

1 - CLORURODE SODIO AL 0.9% X 500ml 500 ml Irrigación 2

Yandi Rafael Cuentas R.
RM. 1043003206
Médico General

ATENCION ABIERTA

YANDI RAFAEL CUENTAS RANGEL
MEDICO
Registro Medico No. 1043003206
Firma profesional que da ingreso al paciente

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.086.330.378

ALARCON VARGAS

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Carlos Alarcon V.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1991

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-FEB-2010 CHACHAGUI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2303B00-00233108-M-1086330378-20100409 0021959451A 1 33626053



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.144.102.232

ALARCON VARGAS
APELLIDOS

JULIAN DAVID
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1998
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

01-JUN-2016 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-3100100-00901451-M-1144102232-20170502 0055189958A 2 47563836

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028591373

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
JYP75E	HONDA	XR150L	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO BLANCO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
KD07E2259166	N	9FMKD0721JF000120

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMKD0721JF000120	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
GOMEZ ALVAREZ JAVIER	C.C. 83242033

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
882017000034272	I	29/03/2017	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
14/07/2017	06/03/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DE PITALITO - INTRAPITALITO



LT07002236691

2

RUNT 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:	JYP75E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028591373	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	XR150L
MODELO:	2018	COLOR:	NEGRO BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	KD07E2259166
NÚMERO DE CHASIS:	9FMKD0721JF000120	NÚMERO DE VIN:	9FMKD0721JF000120
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	14/07/2017
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DE PITALITO - INTRAPITALITO	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
8101888700	09/02/2023	10/02/2023	09/02/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
78846239	16/07/2020	17/07/2020	16/07/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE
76540850	13/07/2019	14/07/2019	13/07/2020	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE
39539203	12/07/2018	13/07/2018	12/07/2019	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
36753644	12/07/2017	13/07/2017	12/07/2018	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	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

1

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/20

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-FEC1-54232 fechada el dia 23.11.10 cuyo paciente es ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

HISTORIA No. 1109841099

GLOSA No: ZGL-1-42927 **SINIESTRO:** 54232

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	3601544.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	3601544.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LAS RECLAMACION DE LOS GASTOS MEDICOS GENERADOS POR EL SEÑOR JUAN CARLOS ALARCON VARGAS NO HAN REALIZADO NINGU A LA FECHA Y QUE PARA LA FECHA DEL SINIESTRO EL PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE 11´15 POR LO QUE AUN NO HA SUPERADO TOPE COMO LO INDICAN EN LA GLOSA, DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGA COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECON CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO AL ADRES.

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239220

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	3,601,544.00
VALOR GLOSADO :	3601544.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	3601544.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/20

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-FEC1-54232 fechada el dia 23.11.10 cuyo paciente es ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

HISTORIA No. 1109841099

GLOSA No: ZGL-1-42927 **SINIESTRO:** 54232

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	3601544.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	3601544.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LAS RECLAMACION DE LOS GASTOS MEDICOS GENERADOS POR EL SEÑOR JUAN CARLOS ALARCON VARGAS NO HAN REALIZADO NINGUN PAGO A LA FECHA Y QUE PARA LA FECHA DEL SINIESTRO EL PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE 11´159,870 POR LO QUE AUN NO HA SUPERADO TOPE COMO LO INDICAN EN LA GLOSA, DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO AL ADRES.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	3,601,544.00
VALOR GLOSADO :	3601544.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	3601544.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024 RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227452	**No.**	181758	**Siniestro**	90724695	**No. Factura**	FEC154232		
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	16/10/2023	**Fecha aviso**	03/11/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023		
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	12/01/2024	**Póliza**	810188870	**Vigencia**	10/02/2023	**hast**	09/02/2024
Id tomador	83241756	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1086330378	**Nombre**	JUAN CARLOS ALARCON VARGAS						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S099					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR ALCANZAR EL TOPE MAXIMO PERMITIDO PARA ESTE AMPARO	100%	3,601,544	3,601,544	0

1001	**Cobrado**	**3,601,544**
1002	**Obj. Parcial**	**3,601,544**
1003	**Liquidado**	**0**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
PAOLA.RUIZB			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

Bogotá D.C. Enero 12 de 2024.

OBJEQU-20227452-2024

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Asunto:

Siniestro: 90724695
Afectado: JUAN CARLOS ALARCON VARGAS
Poliza: AT 1501-8101888700-0
Factura: FEC154232

Respetado(a) Señor (a):

Recibimos los documentos del reclamo que formula, en el que solicita afectar el amparo de Gastos Médicos con cargo a la póliza SOAT del asunto, con ocasión a las atenciones médicas prestadas derivadas del accidente de tránsito del que fue víctima el paciente JUAN CARLOS ALARCON VARGAS, como consecuencia del accidente de tránsito, ocurrido el 16/10/2023.

Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

La Equidad Seguros Generales O.C, se abstiene de realizar el pago de la factura indicada en el asunto, toda vez que ya se han cancelado a diferentes instituciones, un valor de 11159870 M/cte., correspondiente a 800 SMLDV para el año que ocurrió el accidente, motivo por el cual se agotado la cobertura de la póliza No AT 1501-8101888700-0, para el amparo que solicita afectar.

En consecuencia y con fundamento a las razones anteriormente expuestas, La Equidad Seguros Generales O.C., objeta la reclamación y declina la petición indemnizatoria.

Cordialmente

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.
Elaboró: Grupo MOK
Revisado: Grupo MOK

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 ,2023.11.10	16:51:53	2023.12.10

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54233

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 168406

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.16 - 16:30	2023.10.16 - 19:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS EDAD : 32 Años

DIRECCION: VEREDA MIRADOR LA ARGENTINA TELEFONO: 3147531750

OBSERVACIONES:

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	1i Interv 100%										
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	16-Oct-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	16-Oct-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	16-Oct-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	16-Oct-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	16-Oct-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	16-Oct-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15211	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	16-Oct-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	16-Oct-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	16-Oct-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	16-Oct-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	16-Oct-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	16-Oct-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39118	GRUPO 07	16-Oct-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39118	GRUPO 07	16-Oct-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39118	GRUPO 07	16-Oct-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39209	GRUPO 07	16-Oct-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39209	GRUPO 07	16-Oct-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39209	GRUPO 07	16-Oct-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	3	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	3	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS	8	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1	0	0
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5	1	4,800	4,800
010101	HOJA DE BISTURI # 15	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
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA

Cufe: 34578be923ce704f7dbf1a2302cf2a8a76ab31f1[illegible]d755

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

CODIGO EN CONVENIO
00.11[illegible]

una vigencia de: 12 Meses
0000 AUTORIZA
4b22a2[illegible]

UJILLO Nit. 93.355.451 - 0
KA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

¡Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227453

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 04:59:30 PM
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. FEC154233

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
34578be923ce704f7dbf1a2302cf2a8a76ab31f13d755403bae48dd53698e1802d3c6e337e6d25c17ee4b22a2d68d4c5

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
8126300

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-10 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
f2b0b906525ef7b3779a19979686ad95434a3daef6061678841272fd8544854028f07403b6850a8e0421d7f8b824d638

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-10 04:54:56.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154233

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-10 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
34578be923ce704f7dbf1a2302cf2a8a76ab31f13d755403bae48dd53698e1802d3c6e337e6d25c17ee4b22a2d68d4c5

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

CUDE:
f68f7728c82b2dbf5edf24356ed6164e119f8b1e9409051528b1ba1770b21f6a0677b3735ca492ffc8353e27159f43c2

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-10 09:59:45.000 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

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 ,2023.11.10	16:51:53	2023.12.10

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54233

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 168406

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.16 - 16:30	2023.10.16 - 19:44

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS EDAD : 32 Años

DIRECCION: VEREDA MIRADOR LA ARGENTINA TELEFONO: 3147531750

OBSERVACIONES:

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	1i Interv 100%										
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	16-Oct-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	16-Oct-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	16-Oct-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	16-Oct-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	16-Oct-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	16-Oct-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
15211	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	16-Oct-2023	39006	4	08	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	291,400	291,400
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39106	4	08	75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	172,100	172,100
39119	GRUPO 08	16-Oct-2023	39119	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	76,300	76,300
39210	GRUPO 08	16-Oct-2023	39210	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	344,400	344,400
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	16-Oct-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	16-Oct-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	16-Oct-2023	39005	4	07	75.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	251,000	251,000
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39105	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	147,900	147,900
39118	GRUPO 07	16-Oct-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39118	GRUPO 07	16-Oct-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39118	GRUPO 07	16-Oct-2023	39118	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	66,200	66,200
39209	GRUPO 07	16-Oct-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39209	GRUPO 07	16-Oct-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39209	GRUPO 07	16-Oct-2023	39209	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	314,100	314,100
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
39303	GRUPOS 07 08 09	16-Oct-2023	39303	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	3	1,000	3,000
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	3	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	3	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS	8	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	1	0	0
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5	1	4,800	4,800
010101	HOJA DE BISTURI # 15	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: 34578be923ce704f7dbf1a2302cf2a8a76ab31f13d755403bae48dd53698e1802d3c6e337e6d25c17ee4b22a2d68d4c5

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

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 ,2023.11.10	16:51:53	2023.12.10

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54233

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								5	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
	MEDICAMENTOS										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								200	0	0
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								200	0	0
19987766	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML								15	0	0
19960774	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP								1	0	0
	OTROS										
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.10.16	890202		RGM				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.10.16	890202		JHT				1	55,100	55,100

VALOR BRUTO:	8,126,300	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	8,126,300

SON: OCHO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.10 04:54:56 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: 34578be923ce704f7dbf1a2302cf2a8a76ab31f13d755403bae48dd53698e1802d3c6e337e6d25c17ee4b22a2d68d4c5

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:	54233
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 7,783,674
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 342,626
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 121

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 Radicaci¾n: 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- 54233

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	2do.Apellido
ALARCON	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
JUAN	CARLOS

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1086330378

De: 41378 Fecha de Nacimiento: 1991/02/15 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: VEREDA MIRADOR

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3147531750

Municipio: LA ARGENTINA Cod. 378

Condicion del accidentado: Conductor[ ] Peaton[ ] Ocupante[X] 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[ ] Huracßn[ ]
Inundaciones[ ] Avalancha[ ] Desliz. de Tierra[ ] Incendio Natural[ ]

Terroristas: Explosi¾n[ ] Masacre[ ] Mina Antipersonal[ ] Combate[ ]
Incendio[ ]

Otros[ ] Cual? Ataques a Municipios[ ] Desplazados[ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: VEREDA LAS AGUILAS

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/16 Hora: 01:57

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: LA ARGENTINA Cod. 378 Zona: U[ ] R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA JYP75E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES, REFIERE QUE HIBA EN ESTADO DE EMBRIEGUEZ Y NO RECUERDA COMO OCURRE EL ACCIDENTE

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg.[X] No Aseg.[ ] Vehi. Fantasma.[ ] P¾liza falsa[ ] Vehiculo en Fuga[ ]

Marca: HONDA Placa: JYP75E

Tipo de Servicio: Particular[X] Publico[ ] Oficial[ ] Vehiculo de Emergencia[ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar[ ] Vehi. de transporte masivo[ ] Vehi. Escolar[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si[ ] No[X]

Poliza SOAT No 8101888700 Cobro excedente P¾liza Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/02/10 Hasta: 2024/02/9

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
GOMEZ	ALVAREZ

1er.Nombre	2do.Nombre
JAVIER	

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 83242033

Direccion: VEREDA MIRADOR

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: LA ARGENTINA Cod. 378 Telefono: 3003206322 Total Folios: 0

28

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 122

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

1er.Apellido	2do.Apellido
ALARCON	VARGAS

1er.Nombre	2do.Nombre
JULIAN	DAVID

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1144102232

Direcci¾n: VEREDA MIRADOR

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3003206322

Municipio: LA ARGENTINA **Cod.** 378

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/10/16 a las 11:31

Prestador que remite: E.S.E. JUAN RAMON NU¥EZ PALACIOS **C¾digo de inscripci¾n:** 413780038201

Direccion: CALLE 7 N 4 90 **Telefono:** 8311607 HUILA-ARGENTINA

Profesional que Remite: MERCEDES YULIETH FARFAN MA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/10/16 a las 11:46

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/16 **a las** 16:30 **Fecha de Egreso:** 2023/10/16 **a las** 19:44

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

T019 HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
PRADA	GOMEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de MÚdico 55302763

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	8126300	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

27

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 — HORA DE INGRESO: 16:30
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.10.16 — HORA DE EGRESO: 19:44
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

** DEL INGRESO

***** FECHA: 23.10.16-16:58:48 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA JYP75E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES, REFIERE QUE HIBA EN ESTADO DE EMBRIEGUEZ Y NO RECUERDA COMO OCURRE EL ACCIDENTE

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 04:32PM
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE ARGENTINA , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY , OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 170 PESO: 65 IMC: 23 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA, CON DOLOR EN MACIZO FACIAL, DOLOR A LA APERTURA ORAL. AFLOJAMIENTO DE DIENTES
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, DOLOR EN REGION CERVICAL.
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION ANTERIOR,
<<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>>

24

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SIN LESIONES.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN MANO DERECHA PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15 AMNESIA ANTEROGRADA, CEFALEA,
<<PIEL>>
ABRASIONES Y TATUAJE PAVIMENTO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, HERIDAS CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, SANGRADO MODERADO, PROFUNDA AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE EN NUMERO DE 5, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. ABRASIONES LEVE EN MANO DERECHA.
<<FANERAS>>
SIN LESIOENS.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR NEUROCIRUGIA, CIRUGIA GENERAL, CIRUGIA PLASTICA, CX MAXILOFACIAL, ODONTOLOGIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA PT Y TPT, INR, CREATININA, GLUCOSA EN SANGRE
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
TAC DE TORAX
TAC MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

23

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

VALORACION POR ODONTOLOGIA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL AMP , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLCIAR IM AHORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.16-17:56:07 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
DEBIDO A FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, SE DA ORDEN DE VALROACION POR OTORRINO AMBULATORIO.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE CARA: CON EVIDENCIA DE FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

TAC DE TORAX: NO SIGNOS DE HEMOTORAX, NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIACA NORMAL.

TAC MAXILAR INFERIOR: NOS IGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARE SCONSERVADAS.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA :NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS DE LA BASE LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, SIN DESVIACIONES, NO TRAZOS DE FRACTURA

PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

VALORACION POR OTORRINO DE FORMA AMBULATORIA.

*** FECHA: 23.10.16-18:05:56 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

72

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

EPICRISIS No. 60361

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA LEUCO: 10.57 NEUTRO: 77.7 LINF: 16.3 PLAQ: 223.000 HB: 15.0 HTO: 45.0
GLUCOSA EN SANGRE: 102.0
CREATININA: 0.8 TP: 13.3 TPT: 35.0 INR: 0.89

REPORTE DE PARACLINICOS DE BAJO RIESGO.

*** FECHA: 23.10.16-18:06:52 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: 17:01 / 17:05 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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 HERIDAS FACIALES EN: REGION FRONTAL, SUPRACILIAR IZQUIERDA, PLIEGUE NASAL, NASOLABIAL Y CAVIDAD BUCAL SUTURADAS + ABRASION EN MANO DERECHA + 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: 23.10.16-18:35:10 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA, PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL, NEUROCIRUGIA, CIRUGIA GENERAL.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-18:34:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.10.16-19:28:43 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: INTERCON

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

EPICRISIS No. 60361

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** VALORACION,PLAN INTERCONSULTAS:
--->><<2023.10.16-19:33:12>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) / ADMIS: 168402

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN AREA RURAL SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA ASI COMO CIRUGIA
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.
CD A CIRUGIA

***** FECHA: 23.10.16-19:35:29 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA POR ACC TTO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS MULTIPLES CABEZA

** SIGNOS VITALES:
TA: 125/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 167 PESO: 77 IMC: 28

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO,

** EVOLUCION:

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN AREA RURAL SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA ASI COMO CIRUGIA

20

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

EPICRISIS No. 60361

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX
** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-18:40:11 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.10.16-19:35:56 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

HERIDAS CARA POR ACC TTO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
HERIDAS MULTIPLES CABEZA

** SIGNOS VITALES:
TA: 125/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.6 TALLA: 167 PESO: 77 IMC: 28

** EXASMEN FISICO:
AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO,

** EVOLUCION:
A CX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX

*** FECHA: 23.10.16-19:42:06 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RACHID GORRON MALOOF MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

19

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

EPICRISIS No. 60361

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

MEDICO AYUDANTE: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 18:40 / 19:20 DURACION: 00:39

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERMOABRACION CARA (PARCIAL) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 16613
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE EN NUMERO DE 5, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA BLOQUEO, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES Y TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PROCEDEMOS LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS:
- DERMOABRASION EN CARA CON BISTURI SIN COMPLICACIONES HEMOSTASIA COMPRESIVA DE REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA , CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION FRONTAL CENTRAL PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO MIOCUTANEO POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION NASOLABIAL DERECHA PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA (5), CON PROLENE 5.0 SIN COMPLICACIONES PREVIO LAVADO HEMOSTASIA.

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

EPICRISIS No. 60361

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION MUCOSA ORAL INFERIOR EN RELACION LABIO INFERIOR PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL DE MUCOSA POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL 4.0 VITAL. CURACION CON MERCURIOCROMO.
NO COMPLICACIONES.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.10.16-19:45:15 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
BUENA EVOLUCION DEL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES TODO EXPLICADO AL PACIENTE QUE ENTIENDE Y ACEPTA, SE DA FORMULA MEDICA CONTROL Y ORIENTACIONES

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
IBUPROFENO 400 MG .....# 15 COMP
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

NO ASOLEARSE
TOMAR MEDICACION
CURACION CADA 8 HORAS CON MERCURIOCROMO POR 10 DIAS Y DESPUES APLICAR ACEITE DE GIRASOL HASTA CAER LAS COSTRAS SOLAS
RETIRO DE PUNTOS EN 14 DIAS SI ESTA EN CONDICIONES EN EL CARA, EN LA BOCA NO RETIRAR.

CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES

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

EPICRISIS No. 60361

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

DOC.IDENT:	CC 1086330378	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MIRADOR		
FCHA.NACTO:	1991.02.15	EDAD:	32 A	CIUDAD:	LA ARGENTINA	TEL:	3147531750
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS
- 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.

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-19:44:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA		

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. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

DR@. RACHID GORRON MALOOF
REG. MED: 0145/00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16613

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -168406 Fecha 16/10/23

Nombre Paciente: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS 1086330378 Edad: 32 Sexo: M

Hora inicio 18:40 Hora fin: 19:20 Duraci¾n: 00:39 Tipo de Anestesia: BLOQUEO

Cirujano: RGM- RACHID GORRON MALOOF Ayudante: MJJ- JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	1. S017-HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15282	DERMOABRACION CARA (PARCIAL)	RGM	1 - 1i Interv 100%
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	RGM	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	RGM	1 - 1i Interv 100%
15211	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10	RGM	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	RGM	1 - 1i Interv 100%
15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	RGM	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS: AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE EN NUMERO DE 5, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN DEFICIT APARENTE.

DESCRIPCION QUIRURGICA:

BAJO ANESTESIA BLOQUEO, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES Y TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PROCEDEMOS LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS:

- DERMOABRASION EN CARA CON BISTURI SIN COMPLICACIONES HEMOSTASIA COMPRESIVA DE REGIONES DESCRITAS ARRIBA EN CARA , CURACION GENERAL CON MERCURIOCROMO.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION FRONTAL CENTRAL PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO MIOCUTANEO POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION NASOLABIAL DERECHA PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL Y PROLENE 4.0 Y 5.0, VITAL.
- SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA (5), CON PROLENE 5.0 SIN COMPLICACIONES PREVIO LAVADO HEMOSTASIA.
- TENTATIVA DE CIERRE PRIMARIO DE HERIDA EN CARA REGION MUCOSA ORAL INFERIOR EN RELACION LABIO INFERIOR PERO IMPOSIBLE POR LA PERDIDA DE TEJIDO, PROCEDEMOS CON LA CONFECCION, ROTACION Y AVANCE DE COLGAJO REGIONAL LOCAL DE MUCOSA POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL 4.0 VITAL. CURACION CON MERCURIOCROMO.

NO COMPLICACIONES.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

LS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16613

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -168406 Fecha 16/10/23

Nombre Paciente: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS 1086330378 Edad: 32 Sexo: M

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

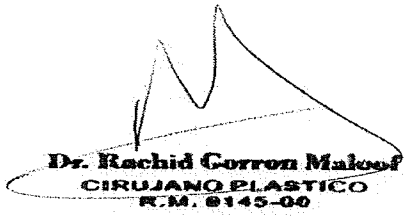
NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO



CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1086330378

ADMISION N_: 168406

NOMBRE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS **Num. Id-:** CC 1086330378
FECHA NACIMIENTO: 1991.02.15 **EDAD:** 32 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 **HORA DE INGRESO:** 19:35:29 **Fecha/Hora de registro:** 2023.10.16 19:35
DIRECCION: VEREDA MIRADOR **CIUDAD:** LA ARGENTINA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3147531750
OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.10.16

<< REGISTRO: 19:35:29 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 07 / DETECCION DE ALTERAC DEL .
TIPO DE CONSULTA: CIE VLORACION X ESPCIALISTA (INTR) **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

HERIDAS CARA POR ACC TTO

REVISION POR SISTEMA

HERIDAS MULTIPLES CABEZA

ANTECEDENTES

--><<2023.10.16-16:58:48>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 168402

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

--><<2023.10.16-19:35:29>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 168406
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA ASI COMO CIRUGIA

--><<2023.10.16-21:08:00>>, (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL) H.U. 168409

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

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 125/85 **FC:** 85 **FR:** 17 **Tmp:** 36.6 **PESO:** 77 **TALLA:** 167

EXAMEN FISICO

AL EXAMEN GLASGOW 15, NEURO BIEN, ALGICO, ABRASIONES EXCORIACIONES TIERRA IMPACTADA Y TATUAJE OSCURO EN REGIONES HEMICARA IZQUIERDA, REGION FRONTAL, DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 5X4 HASTA 3X4 CM APROX, HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO, IRREGULARES, OBLICUA, SANGRADO MODERADO, EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDA HASTA TCSC, AVULSIVAS EN REGION FRONTAL CENTRAL DE 6 CM, SUPRACILIAR IZQUIERDAS DE 4 CM VERTICAL; NASO LABIAL A IZQUIERDA DE 4 CM, HERIDAS MULTIPLES SIMPLES EN REGION FRONTAL A IZQUIERDA CERCA DE IMPLANTACION PILOSA, MEJILLA IZQUIERDA, NASO GENIANA IZQUIERDA DE VARIOS TAMAÑOS DESDE 2 A 4 CM RESPECTIVAMENTE, HERIDA EN MUCOSA ORAL LABIO INFERIOR EN UNION CON FRENILLO Y GENGIVA DE 6 CM CON CUERPOS EXTRAÑOS TODAS CON TIERRA Y PIEDRAS, IRREGULARES CON PERDIDA DE TEJIDO TAMBIEN. CUELLO,

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

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1086330378

ADMISION N_: 168406

NOMBRE: ALARCON VARGAS JUAN CARLOS **Num. Id-:** CC 1086330378

FECHA NACIMIENTO: 1991.02.15 **EDAD:** 32 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 **HORA DE INGRESO:** 19:35:29 **Fecha/Hora de registro:** 2023.10.16 19:35

DIRECCION: VEREDA MIRADOR **CIUDAD:** LA ARGENTINA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3147531750

OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

EVOLUCION

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE POLITRAUMA AL CAER DE MOTO EN AREA RURAL SEGÚN DICE. SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, PERO HERIDAS CARA
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA ASI COMO CIRUGIA

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-18:40:11 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
A CX

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2023.10.16 **HORA DE EGRESO:** 18:40:11 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

Dr. RACHID GORRON MALOOF
Registro Medico: 0145/00

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:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Juan Carlos Alarcon Vargas EDAD 32 SEXO: F ☐ M ☒

IDENTIFICACION: C.C. ☒ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 1086338378 DE

FECHA DE ATENCION: 16-10-23

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA Desbridamiento + colgajo + [illegible]

CIRUGIA A REALIZAR: herida multiple en cara [illegible]

ANTECEDENTES: QX: ☒ PX: ☐ T-A: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE [illegible]

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto. PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: ☐ 139/100 Fc ☐ 83 Fr ☐ 20 PESO ☐ kg TALLA ☐ CM

SENSORIO [illegible] COMPLEXION [illegible] PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL >4 DISTANCIA MENTOGLOTICA >4 MALLAMPAT II

	SI	NO	OBSERVACIONES
NORMAL			
CABEZA/CUELLO:			Herida en cuero cabelludo [illegible]
TORAX: RsCS			[illegible]
RsRS			[illegible]
ABDOMEN:			[illegible]
PELVIS:			
GENITALES:			
EXTREMIDADES:			Herida [illegible]
NEUROLOGICO:			[illegible]

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: I CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES: [illegible]

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO PACIENTE

R.M. C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Alarcon.	Vargas	Juan Carlos.	1086338338

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
16 10 23	32.	H X M ☐	1,69	74K	1 2 3 4 5 U

SERVICIO: Cirugia | SALA O CUARTO: | No. DE CAMA: | ANESTESIAS PREVIAS:

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM				TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Mano - cara de [illegible] de [illegible] de [illegible]

OPERACION PROPUESTA: Desbridamiento + colgajo [illegible] + [illegible]

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

N	N	Osteosintesis metacarpiana.
NO	NO	Anestesia general.

ESPECIFICO

FACILIDAD: INT SI NO — IOT SI NO — VIA AEREA — DIENTES — CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Hb Rh

RESUMEN Y PLAN

		TIPO	
		BLOQUEO	
		PERIDURAL	
		ESPINAL	
		GENERAL	
PREFERE	ASEPTA	NECESITA SANGRE	NO

C.C. | PREMEDICACION: NO | ESTADO PSICOLOGO | FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Cefe

REPARACION E A C

42	180
40	17 160
38	15 140
36	13 120
34	11 100
32	9 80
30	7 60
28	5 40
26	3 20
	1

HORA

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA: —
REFLEJOS: +
MOTILIDAD:

RECUPERACION: ok
CONCIENCIA: Consciente
DIURESIS: +
SENSIBILIDAD: +
PIEL: mucosas rosadas

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS: Ingresa paciente a la unidad de recuperaciones en camilla, consciente, orientado con signos vitales normales

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO | FIRMA

10

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. B R M

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION E A C

CCSC ____ CSA ____ CCC ____

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM. ♂ a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES

1

2

3

4

5

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C.

C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,16-Oct-2023 09:10:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.10.1 16:30

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 32 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1086330378 ALARCON VARGAS JUAN CARLOS 1 NIVEL I LA ARGENTINA VEREDA MIRADOR 3147531750

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.10.16	ROP	ROXICAINA	ROXICAINA AL 1% SIN EPINEFRINA/ 50ML	LLR	15.00
2023.10.16	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.10.16	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	200.00
2023.10.16	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	2.00
2023.10.16	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	200.00
2023.10.16	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.10.16	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	LLR	3.00
2023.10.16	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	LLR	3.00
2023.10.16	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2023.10.16	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.10.16	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2023.10.16	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2023.10.16	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	LLR	1.00
2023.10.16	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	LLR	10.00
2023.10.16	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	10.00
2023.10.16	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2023.10.16	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	2.00
2023.10.16	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	5.00
2023.10.16	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	5.00

JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010966
Calle 7 No. 4-90

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10018283
Historia Clínica No.
1086330378

Fecha de remisión lunes, 16 de octubre de 2023
Razon Social HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
Institución a la que se contrarremite 413960001101

IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA

Paciente	Documento	F. Nacimiento	Pais	Departamento	Ciudad	Edad	Sexo
JUAN CARLOS ALARCON VARGAS	CC No. 1086330378	15 - feb. - 1991	COLOMBIA	HUILA	LA ARGENTINA	32 años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
EL MIRADOR	3147531750	HUILA	LA ARGENTINA	R

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad EQUIDAD SEGUROS SOAT **Regimén entidad** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE
Nombre responsable:
Dirección de residencia: **Teléfono:**
Departamento: **Ciudad:**

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 16 de octubre de 2023	**Fecha de Egreso:**	lunes, 16 de octubre de 2023
Servicio que Remite	Urgencias	**Servicio al que Remite**	Urgencias
Especialidad	MEDICINA GENERAL	**Especialidad**	CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCOMAXIL
Modalidad Solicitud	REMISION	**Motivo Remisión**	NIVEL DE COMPETENCIA
Nivel que Remite	1 Nivel de Complejidad	**Nivel al que Remite**	2 Nivel de Complejidad
Hora de Solicitud	11:31	**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 CAI DE LA MOTO

His.Enfermedad Actual:
NOTA RETROSPECTIVA DE LA 1+57 HRS.

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.

PATOLOGICOS
- NIEGA
FARMACOLOGICOS
- NIEGA
HOSPITALARIOS
- NIEGA
QUIRURGICOS
- NIEGA
TRAUMATICOS
- NIEGA
TOXICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA

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
Presión Arterial: 120 / 70 //Frecuencia Cardiaca: 90 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 75 //Talla: 170 //I.M.C.: 25.9515570934256 -

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLES condiciones generales *Cabeza y Cuello: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE LACERACIONES SE EVIDENCIAN 2 HERIDAS EN REGION FRONTAL 1 DE APROX 3 CM LA OTRA DE APROX 2 CM Y SE EVIDENCIA OTRA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR DE APROX 1 CM *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: Simétricas, Eutróficas, no edemas con

JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813010966
Calle 7 No. 4-90

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10018283
Historia Clínica No.
1086330378

buena perfusión Distal *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

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

Plan o Conducta a Seguir

- CLORURODE SODIO AL 0.9% X 500ml 2 2
- Observación/Primer Nivel (P.O.S) 1
- Derechos de Sala Curación (P.O.S) 1
- Derechos de Sala Suturas (P.O.S) 1
- Punto de Sutura (P.O.S) 1

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Dx. Ingreso (V285) MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO
- Dx. Relacionado1: (S018)HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
- Dx. Relacionado2: (S024)FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR
- Dx. Salida ó Principal:(V285)MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTO SE REALIZA ASAEPSIA Y ANTISEPSIA DE HERIDA SE INFILTRAN BORDES CON LIDOCAINA SIMPLE SE REALIZAN 14 PUNTOS SIMPLES CON PROLENE 5-0 REPARTIDO EN LAS HERIDAS
PLAN
OBSERVACION
SODIO 500 CC A CHORO Y CONT 80 CC HORA

PACIENTE AL CUAL SE DECIDE REMITIR PARA VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA VALORACION Y REALIZACION DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

7+30 HRS
SE RECIBE PACIENTE, REFIERE ESTAR BIEN, GLASGOW 15/15 CON MODULACION DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO CON LACERACIONES A NIVEL DE CARA, LADO IZQUIERDO CON EDEMA MARCADO QUE COMPROMETE REGION PALPEBRAL CON LIMITACION PARA LA ABERTURA OCULAR IZQUEIRDA. POR TAL MOTIVO SE SOSPECHA PACIENTE CON POSIBLE COMPROMISO OSEO A NIVEL MAXILAR SUPERIOR, POR TAL MOTIVO SE SOLICITA REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DE IMAGENS Y VALROAICON ESPECIALIZDA, SE EXPLICA A PACINTE, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

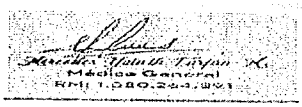
Diagnóstico por el cual se remite: V285 MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESI

CRITERIO Y JUSTIFICACION

SE RECIBE PACIENTE, REFIERE ESTAR BIEN, GLASGOW 15/15 CON MODULACION DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO CON LACERACIONES A NIVEL DE CARA, LADO IZQUIERDO CON EDEMA MARCADO QUE COMPROMETE REGION PALPEBRAL CON LIMITACION PARA LA ABERTURA OCULAR IZQUEIRDA. POR TAL MOTIVO SE SOSPECHA PACIENTE CON POSIBLE COMPROMISO OSEO A NIVEL MAXILAR SUPERIOR, POR TAL MOTIVO SE SOLICITA REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DE IMAGENS Y VALROAICON ESPECIALIZDA, SE EXPLICA A PACINTE, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

Resultados Exames

MERCEDES YULIETH FARFAN MA
MEDICO
Registro Medico No. 1080264891



HOSPITAL JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10076416
16/10/2023 3:49:00 AM
Historia Clínica No.
1086330378

IDENTIFICACION

Paciente : JUAN CARLOS ALARCON VARGAS
Entidad: EQUIDAD SEGUROS SOAT
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA
Dirección: (EL MIRADOR)
Identificación No.: CC No. 1086330378
Fecha Nacimiento: 15 - feb. - 1991
Ciudad: LA ARGENTINA **Edad:** 32 Años **Sexo** M
Teléfonos: 3147531750

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: lunes, 16 de octubre de 2023 **Hora:** 3:12 **Paciente Llega por sus propios medios?** SÍ **Cual**
Acompañante:
Dirección: **Tel.** **Estado:**

En caso de accidente, intoxicación o violencia

Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
ME CAI DE LA MOTO

Historia Enfermedad Actual
NOTA RETROSPECTIVA DE LA 2+57 HRS.

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.

Antecedentes

PATOLOGICOS
- NIEGA
FARMACOLOGICOS
- NIEGA
HOSPITALARIOS
- NIEGA
QUIRURGICOS
- NIEGA
TRAUMATICOS
- NIEGA
TOXICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

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 FISICO

Presión Arterial: 120 / 70 //Frecuencia Cardiaca: 90 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 20 //Peso: 75 //Talla: 170 //I.M.C.: 25.95 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 86.67

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: ACEPTABLES condiciones generales *Cabeza y Cuello: SE EVIDENCIA EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE LACERACIONES SE EVIDENCIAN 2 HERIDAS EN REGION FRONTAL 1 DE APROX 3 CM LA OTRA DE APROX 2 CM Y SE EVIDENCIA OTRA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR DE APROX 1 CM *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: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *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

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Converasción orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (V285) MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION: PASAJERO LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO
- Relacionado1: (S018)HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
- Relacionado2: (S024)FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CONSCIENTE. POR PRESENTAR C/C SEGÚN LA INFORMACION RECAUDADA DE HACE APROX 1 H DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE 6

HOSPITAL JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10076416
16/10/2023 3:49:00 AM
Historia Clínica No.
1086330378

TRANSITO OCURRIDO EN LA VEREDA LAS AGUILAS CUANDO EL PACIENTE IBA EN CALIDAD DE PARILLERO, REFIERE NO RECORDAR COMO FUE EL SUCESO PERO PRESENTA 2 HERIDAS EN LA FRENTE UNA HERIDA A NIVEL DE LABIO SUPERIOR Y EDEMA EN HEMICARA IZQUIERDA QUE LIMITA LA APERTURA OCULAR NIEGA CEFALEA NIEGA DOLOR EN EL PECHO NIEGA DOLOR ABDOMINAL NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES GLASGOW 15/15.
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTO SE REALIZA ASAEPSIA Y ANTISEPSIA DE HERIDA SE INFILTRAN BORDES CON LIDOCAINA SIMPLE SE REALIZAN 14 PUNTOS SIMPLES CON PROLENE 5-0 REPARTIDO EN LAS HERIDAS
PLAN
OBSERVACION
SODIO 500 CC A CHORO Y CONT 80 CC HORA

PACIENTE AL CUAL SE DECIDE REMITIR PARA VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA VALORACION Y REALIZACION DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

7+30 HRS
SE RECIBE PACIENTE, REFIERE ESTAR BIEN, GLASGOW 15/15 CON MODULACION DEL DOLOR, AL EXAMEN FISICO CON LACERACIONES A NIVEL DE CARA, LADO IZQUIERDO CON EDEMA MARCADO QUE COMPROMETE REGION PALPEBRAL CON LIMITACION PARA LA ABERTURA OCULAR IZQUEIRDA. POR TAL MOTIVO SE SOSPECHA PACIENTE CON POSIBLE COMPROMISO OSEO A NIVEL MAXILAR SUPERIOR, POR TAL MOTIVO SE SOLICITA REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DE IMAGENS Y VALROAICON ESPECIALIZDA, SE EXPLICA A PACINTE, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

11+39 HRS
CLINICA DE FRACTURAS DE LA CIUDAD DE NEIVA
remisiones clinica
11:38 (hace 0 minutos)
para mí
BUENOS DIAS,
PACIENTE ACEPTADO POR LA DRA. ANGELICA PRADA, FAOVR ENVIAR DOCUMENTACION COMPLETA E IMPRESA.
GRACIAS,

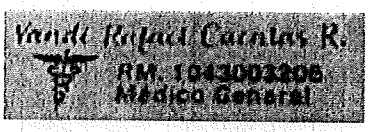
Conducta a seguir:

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
200776 - YANDI RAFAEL CUENTAS RANGEL (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 06:47

1 - Observación/Primer Nivel
2 - Derechos de Sala Curación
3 - Derechos de Sala Suturas
4 - Punto de Sutura

200774 - YANDI RAFAEL CUENTAS RANGEL (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 04:03

1 - CLORURODE SODIO AL 0.9% X 500ml 500 ml Irrigación 2



ATENCION ABIERTA

YANDI RAFAEL CUENTAS RANGEL
MEDICO
Registro Medico No. 1043003206
Firma profesional que da ingreso al paciente

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.086.330.378

ALARCON VARGAS

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Carlos Alarcon V.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1991

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-FEB-2010 CHACHAGUI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2303800-00233108-M-1086330378-20100409 0021959451A 1 33626053

4



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.144.102.232

ALARCON VARGAS
APELLIDOS

JULIAN DAVID
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1998
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-JUN-2016 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-3100100-00901451-M-1144102232-20170502 0055189958A 2 47563836

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028591373

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
JYP75E	HONDA	XR150L	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO BLANCO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
KD07E2259166	N	9FMKD0721JF000120

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9FMKD0721JF000120	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
GOMEZ ALVAREZ JAVIER	C.C. 83242033

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
882017000034272	I	29/03/2017	0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
14/07/2017	06/03/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DE PITALITO - INTRAPITALITO



LT07002236691

2

RUNT 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:	JYP75E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028591373	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HONDA	LÍNEA:	XR150L
MODELO:	2018	COLOR:	NEGRO BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	KD07E2259166
NÚMERO DE CHASIS:	9FMKD0721JF000120	NÚMERO DE VIN:	9FMKD0721JF000120
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	14/07/2017
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DE PITALITO - INTRAPITALITO	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
8101888700	09/02/2023	10/02/2023	09/02/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
78846239	16/07/2020	17/07/2020	16/07/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE
76540850	13/07/2019	14/07/2019	13/07/2020	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE
39539203	12/07/2018	13/07/2018	12/07/2019	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
36753644	12/07/2017	13/07/2017	12/07/2018	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/19

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-FEC1-54233 fechada el dia 23.11.10 cuyo paciente es ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

HISTORIA No. 1086330378

GLOSA No: ZGL-1-42923 **SINIESTRO:** 54233

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	342626.00	

JUSTIFICACION:
112
FACTURA EXCEDE TOPES AUTORIZADOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	342626.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LAS RECLAMACION DE LOS GASTOS MEDICOS GENERADOS POR EL SEÑOR CRISTIAN LASSO LAGUNA SOLO HAN REALIZADO NINGUN QUE PARA LA FECHA DEL SINIESTRO EL PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE 11´159,870 POR LO NO HA SUPERADO TOPE COMO LO INDICAN EN LA GLOSA, DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO AL ADRES.

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239229

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	8,126,300.00
VALOR GLOSADO :	342626.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	342626.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/19

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-FEC1-54233 fechada el dia 23.11.10 cuyo paciente es ALARCON VARGAS JUAN CARLOS

HISTORIA No. 1086330378

GLOSA No: ZGL-1-42923 **SINIESTRO:** 54233

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 342626.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
112
FACTURA EXCEDE TOPES AUTORIZADOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 342626.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE CONSULTA CON EL AREA DE CARTERA EL CUAL NOS MANIEFIESTA QUE DE LAS RECLAMACION DE LOS GASTOS MEDICOS GENERADOS POR EL SEÑOR CRISTIAN LASSO LAGUNA SOLO HAN REALIZADO NINGUN PAGO Y QUE PARA LA FECHA DEL SINIESTRO EL PACIENTE TIENE UNA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS DE 11´159,870 POR LO QUE AUN NO HA SUPERADO TOPE COMO LO INDICAN EN LA GLOSA, DE HABER SUPERADO TOPE FAVOR HACER ALLEGAR COMPROBANTE DE PAGO Y CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA DONDE SE PUEDA EVIDENCIAR QUE VALORES RECONOCEN Y CUALES NO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO COBRO AL ADRES.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	8,126,300.00
VALOR GLOSADO :	342626.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	342626.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227453	**No.**	181758	**Siniestro**	90724695	**No. Factura**	FEC154233		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	16/10/2023	**Fecha aviso**	03/11/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	810188870	**Vigencia**	10/02/2023	**hast**	09/02/2024
Id tomador	83241756	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1086330378	**Nombre**	JUAN CARLOS ALARCON VARGAS						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S099 T019					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO Y FASCIOCUTÁNEO		100%	799,000	0	799,000
1	39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 13		100%	473,300	0	473,300
1	39124	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 13		100%	229,400	0	229,400
1	39215	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 13		100%	1,233,300	0	1,233,300
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	584,900	0	584,900
1	15282	DERMOABRACIÓN CARA (PARCIAL)		100%	194,200	0	194,200
2	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08	/	100%, 100%	286,800	0	286,800
2	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08	/	100%, 100%	127,200	0	127,200
1	15211	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MÁS DE TRES O UNA EXTENSA DE MÁS DE 10 CMS)		100%	291,400	0	291,400
1	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 08		100%	344,400	0	344,400
4	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09	/	100%, 100%	882,174	0	882,174
3	15140	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	//	100%, 100%, 100%	753,000	0	753,000
3	39105	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 07	//	100%, 100%, 100%	443,700	0	443,700
3	39118	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 07	//	100%, 100%, 100%	198,600	0	198,600
3	39209	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 07		100%	942,300	0	942,300
1	77710	OTROS	SE RECONOCE HASTA TOPE MAXIMO PERMITIDO PARA ESTE AMPARO	100%	342,626	342,626	0

1001	Cobrado	8,126,300
1002	Obj. Parcial	342,626
1003	Liquidado	7,783,674

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			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 ,2023.11.14	10:55:10	2023.12.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54267

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 169160

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.30 - 08:39	2023.10.30 - 09:10

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1032677408 GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL
EDAD : 18 Años
DIRECCION: LOTE 74 PEÑO REDONDO NEIVA
TELEFONO: 3115644600

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	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
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.30	873121		MJJ				1	81,400	81,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.30	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.30	S22101		PGJ				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	456,892	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	456,892

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.14 10:58:17 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 S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA D
000 AUTORIZA

Cufe: 1c8758a26770c6b990b6bd5bef44ec2c9db9bf37416160
1628dcef61b3

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I
IJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta
A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227474

16

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 04:59:55 PM
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. FEC154267

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1c8758a26770c6b990b6bd5bef44ec2c9db9bf374161601e45e92eb2310fb6ef710d1c65c3c118a49f041628daef61b3

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
456892

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-14 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
bb8b606ad40e8a0e5c2f1dde836b58ee34e489fdccc8f4d5cc18f37f4cde4c2fc6f7f5cb966f505be3b3fd8f1d323035

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-14 10:58:17.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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

DIAN

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. FEC154267

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1c8758a26770c6b990b6bd5bef44ec2c9db9bf374161601e45e92eb2310fb6ef710d1c65c3c118a49f041628daef61b3

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

CUDE:
50f7ae6f41e2ff8e72a1052b20e228994776c2acbcaedcbdc9f64e6a35996213afb7213f7fd8385fec74bb4173356871

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-14 04:06:43.000 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:
27a5f896a57426eb4fb9d840ba2391c799d3addaab4823f6531cd4a44bd81fc8056eb24a8cb38c16870d8698bf128e98

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 04:22:28.000 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

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. FEC154267

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
1c8758a26770c6b990b6bd5bef44ec2c9db9bf374161601e45e92eb2310fb6ef710d1c65c3c118a49f041628daef61b3

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
c05f5742704507ba2a933b9cc3f66a23165408a5c953e83dc854976daa8de2eab2d0e08d926350cef1ffb0b81224abd7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 04:26:17.000 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

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 ,2023.11.14	10:55:10	2023.12.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54267

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO
EVENTO

VIA DE INGRESO
URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072

ORDEN SS 169160

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.30 - 08:39	2023.10.30 - 09:10

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1032677408 GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL EDAD : 18 Años

DIRECCION: LOTE 74 PEÑO REDONDO NEIVA TELEFONO: 3115644600

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	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
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.30	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.30	873121		MJJ				1	81,400	81,400
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.30	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.30	S22101		PGJ				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	456,892	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	456,892

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.14 10:58:17 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: 1c8758a26770c6b990b6bd5bef44ec2c9db9bf374161601e45e92eb2310fb6ef710d1c65c3c118a49f041628daef61b3

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

16

FACTURA:	54267
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 331,292
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 125,600
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

Usuario: NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}:

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: FEC1- 54267

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	2do.Apellido
GUTIERREZ	ROJAS

1er.Nombre	2do.Nombre
MIGUEL	ANGEL

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT — No. Documento: 1032677408

De: 41001 — Fecha de Nacimiento: 2004/12/29 — Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: LOTE 74 PEÑO REDONDO

Departamento: HUILA — Cod. 41 — Telefono: 3115644600

Municipio: NEIVA — Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ]	Huracßn [ ]	
	Inundaciones [ ]	Avalancha [ ]	Desliz. de Tierra [ ]	Incendio Natural [ ]	
Terroristas:	Explosi¾n [ ]	Masacre [ ]	Mina Antipersonal [ ]	Combate [ ]	
	Incendio [ ]				
	Otros [ ] Cual?	Ataques a Municipios	Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: CLL 4 CON CR 6

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/30 — Hora: 08:28

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001 — Zona: U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CON PLACA PMU30G CUANDO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: AKT — Placa: PMU30G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 — intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No: 8118155600 — Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/09/15 Hasta: 2024/09/14

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
GUTIERREZ	ROJAS

1er.Nombre	2do.Nombre
MIGUEL	ANGEL

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC — No. Documento 1032677408

Direccion: LOTE 74 PEÑO REDONDO

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001 — Telefono: 3115644600 — Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
GUTIERREZ	ROJAS

1er.Nombre	2do.Nombre
MIGUEL	ANGEL

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1032677408

Direcci¾n: LOTE 74 PEÑO REDONDO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3115644600

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/30 **a las** 08:39

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Fecha de Egreso: 2023/10/30 **a las** 09:10

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico relacionado de Egreso

S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	456892	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario dél Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

17

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

EPICRISIS No. 60599

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1032677408	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	LOTE 74 PEÑO REDONDO		
FCHA.NACTO:	2004.12.29	EDAD:	18 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115644600
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.30 — HORA DE INGRESO: 08:39
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.10.30 — HORA DE EGRESO: 09:10
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.30-08:50:36 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

HECHOS PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CON PLACA PMU30G CUANDO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 08+40
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: 126/70 FC: 87 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 175 PESO: 76 IMC: 25 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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>>

15

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

EPICRISIS No. 60599

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1032677408	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	LOTE 74 PEÑO REDONDO		
FCHA.NACTO:	2004.12.29	EDAD:	18 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115644600
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: EN MIMEBRO SUPERIOR IZQUIERDO SE EVIDENCIA EDEMA CON DOLOR A LA PALPACION EN BRAZO, CODO CON LIMITACION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE LA FLEXOEXTENSION, SE EVIDENCIA EDEMA CON DOLOR A LA PALPACION EN MUÑECA CON LIMITACION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO PRONOSUPINACION, NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
CON ABRASIONES EN CODO IZQ
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

** PLAN DE MANEJO:
PACIENT QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- CURACION DE HERIDAS.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- REVALORACION
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.30-09:00:54 MEDICO: / (AUXIL. PGJ - JOOSMAN PAQUE GONZALEZ - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

14

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

EPICRISIS No. 60599

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1032677408	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	LOTE 74 PEÑO REDONDO		
FCHA.NACTO:	2004.12.29	EDAD:	18 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115644600
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:52 / 08:53 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 ABRASION EN CODO IZQUIERDO 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 MERCURIO CROMO.

***** FECHA: 23.10.30-09:02:16 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.10.30-09:10:16 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

13

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

EPICRISIS No. 60599

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1032677408	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	LOTE 74 PEÑO REDONDO		
FCHA.NACTO:	2004.12.29	EDAD:	18 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115644600
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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 UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR 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.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORA.S, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.10.30-09:12:10 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.30-09:10:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

12

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

EPICRISIS No. 60599

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

DOC.IDENT:	CC 1032677408	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	LOTE 74 PEÑO REDONDO		
FCHA.NACTO:	2004.12.29	EDAD:	18 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3115644600
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
RELACIONADO 1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO
RELACIONADO 2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

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

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 169160

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -169160 **Fecha** 2023/10/30

Nombre Paciente: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL - 1032677408 **Edad:** 18 **Sexo:** M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S500-CONTUSION DEL CODO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN CODO IZQUIERDO 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 MERCURIO CROMO.

Miguel

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 3-Nov-2023 09:01:5

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:** 2023.10.3 08:39
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 18 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1032677408 GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL 1 NIVEL I NEIVA LOTE 74 PEÑO 3115644600

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.10.30	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	PGJ	1.00
2023.10.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00
2023.10.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.10.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00
2023.10.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	6.00
2023.10.30	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	PGJ	10.00

PACIENTE: 1032677408 GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL **EDAD:** 18

DIRECCION: LOTE 74 PEÑO REDONDO **TELEFONO:** 3115644600

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59795 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.28 **Nº POLIZA:** 8118155600

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 30 de octubre de 2023						
08:51:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	CPM1	
08:51:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1	
08:51:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

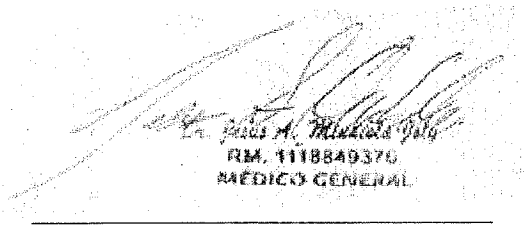
DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL No. Identif. 1032677408 Edad. 18

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.10.30

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 6 HORA.S
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 8 HORAS



Miguel

MEDICO | **FARMACIA** | **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -197317

FECHA EMISION:	2023.10.30
HORA:	9:35:57
PAGINA No:	

USUARIO: GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL **FECHA DE PEDIDO:** 2023/10/30

DOC.IDENT: CC 1032677408 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.11
HORA:	10:40:45
PAGINA No:	1

Numero: 84187 Fecha Ex. 30/10/23 Hora 15:38
Nombre Paciente: 1032677408 GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL
Dirección: LOTE 74 PEÑO REDONDO Telefono:3115644600 Edad:18 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

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 normales.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

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

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

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.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

5

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, 30·10·2023

Señores
EQUIDAD
Ciudad Neiva - Huila

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

Yo Miguel Angel Gutierrez Rojas identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1032677408, 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 DD/MM/AAAA a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Miguel Angel Gutierrez

Firma
Nombre:
c.c. 1032677408

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2023-09-14	2023-09-15	2024-09-14

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8118155600	PMU30G	MOTOS	PARTICULAR	124	2024

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	AKT	

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
AK125NKD EIII	157FMI088712E3	9F2D51257RB026066	9F2D51257RB026066	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUTIERREZ ROJAS, MIGUEL ANGEL	3115844860	CC	1032677408	NEIVA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL ESPECIALIZADA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
					263.13 UNIDAD

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030049000

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
PMU30G	AKT	AK125NKD EIII	2024

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	AZUL NEGRO BLANCO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMI088712E3	N	9F2D51257RB026066

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D51257RB026066	N

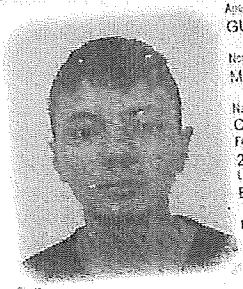
PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1032677408

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUIP 1.032.677.408



Apellidos: GUTIERREZ ROJAS

Nombres: MIGUEL ANGEL

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.80	M

Fecha de nacimiento: 29 DIC 2004 G.S. O+

Lugar de nacimiento: BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición: 20 ENE 2023, NEIVA

Fecha de expiración: 23 ENE 2033

Firma

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2023-09-14	2023-09-15	2024-09-14

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8118155600	PMU30G	MOTOS	PARTICULAR	124	2024

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	AKT	AK125NKD EIII	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
157FMI088712E3	9F2D51257RB026066	9F2D51257RB026066	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
GUTIERREZ ROJAS, MIGUEL ANGEL	3115644860	CC	1032677408	NEIVA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
				263.13	1 UNIDAD

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902023000126448

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******

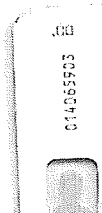
LIC	FECHA IMPORT.	PUERTAS
	09/08/2023	0

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
19/09/2023	19/09/2023	******

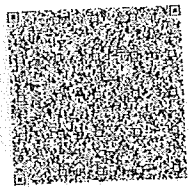
ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT07002706744



REGISTRADURÍA NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL014065903619001<<<<<<<<<<
0412292M3301236COL1032677408<9
GUTIERREZ<ROJAS<<MIGUEL<ANGEL<

RUNT

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:	PMU30G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10030049000	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII .
MODELO:	2024	COLOR:	AZUL NEGRO BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMI088712E3
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51257RB026066	NÚMERO DE VIN:	9F2D51257RB026066
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	19/09/2023
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
8118155600	14/09/2023	15/09/2023	14/09/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/19

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-FEC1-54267 fechada el dia 23.11.14 cuyo paciente es GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

HISTORIA No. 1032677408

GLOSA No: ZGL-1-42924 **SINIESTRO:** 54267

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 125600.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 125600.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DE LOS ESTUDIOS REALIZAD ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRI ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO E DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 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!
25 de Enero del 2024
20239230

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	456,892.00
VALOR GLOSADO :	125600.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	125600.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/19

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-FEC1-54267 fechada el dia 23.11.14 cuyo paciente es GUTIERREZ ROJAS MIGUEL ANGEL

HISTORIA No. 1032677408

GLOSA No: ZGL-1-42924 **SINIESTRO:** 54267

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	125600.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	125600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DE LOS ESTUDIOS 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.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	456,892.00
VALOR GLOSADO :	125600.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	125600.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227474	**No.**	181697	**Siniestro**	90723490	**No. Factura**	FEC154267		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	30/10/2023	**Fecha aviso**	02/11/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	12/01/2024	**Póliza**	811815560	**Vigencia**	15/09/2023	**hast**	14/09/2024
Id tomador	1032677408	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1032677408	**Nombre**	MIGUEL ANGEL GUTIERREZ ROJAS						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S500					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
4	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCEN 2.21101 (MANO Y ANTEBRAZO) NO PERTINENTES DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS. /	100%, 100%	251,200	125,600	125,600
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%	23,992	0	23,992
1	77702	INSUMOS			500	0	500

1001	**Cobrado**	**456,892**
1002	**Obj. Parcial**	**125,600**
1003	**Liquidado**	**331,292**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ALEJANDRA.ESCOBAR			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 ,2023.11.14	14:38:13	2023.12.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54284

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 169413

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.11.02 - 13:48
FEC-HORA EGRESO: 2023.11.02 - 20:18

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1082804994 SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE
EDAD : 12 Años
DIRECCION: VEREDA MESA DE TRAPICHE TELLO
TELEFONO: 3232487552

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											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
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	2023.11.02	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.02	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.02	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.11.02	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.11.02	879131		MJJ				1	683,300	683,300
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.02	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.02	890701		SAP				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,925,458	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,925,458

SON: UN MILLON NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.14 02:41:19 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
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DEL COMERCIO
00.110.181-9

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA
000 AUTORIZA

Cufe: 5405300948f0c1a6b2e8c6154860555877e2dd29[illegible]5d4b[illegible]
[illegible]f96ef907ba4f

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
[illegible]JJILLO Nit: 93.395.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta [illegible] [illegible]A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20224479

18

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:00:24 PM
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. FEC154284

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5405300948f061a6b2e8c6154860555877e2dd2925d4b9f8099
41569d44c4ec4551dc3bff6d80bfb04f1f96ef997ba4f

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1925458

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-14 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
8b1a5c6537f3a9ac6f9c930e3fbadd55751e27d5fe98ad5127e82
4840fb72b27691ac27e3b52f167f1ac99236f7e594d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-14 02:41:19.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154284

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5405300948f061a6b2e8c6154860555877e2dd2925d4b9f8099
41569d44c4ec4551dc3bff6d80bfb04f1f96ef997ba4f

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

CUDE:
3816e9d23bb77104846b1f53378f3a0b71f460b477fc7e4f0e83b
c88669f660a42b1ac8ab46af5bf791ff42ca6825bc1

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-14 07:48:53.000 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:
a7b6fd9244ede5db291aa63f2fe3ff862363fbaee2cff4ebf78f5548
4adafee196f12e59ec58feb4da20aba6c2fe6cb4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 02:31:09.000 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

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. FEC154284

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-14 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5405300948f061a6b2e8c6154860555877e2dd2925d4b9f8099
41569d44c4ec4551dc3bff6d80bfb04f1f96ef997ba4f

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
86ae3c12e1162e4ce5c874dcc92c50b6c56cbe1b014d52318f74
3b9ac3322611e035626dcc649e3788ff9148119ac271

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-27 02:31:18.000 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

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 ,2023.11.14	14:38:13	2023.12.14

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54284

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 169413

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.11.02 - 13:48	2023.11.02 - 20:18

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1082804994 SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE
EDAD : 12 Años
DIRECCION: VEREDA MESA DE TRAPICHE TELLO
TELEFONO: 3232487552

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											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
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	2023.11.02	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.02	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.02	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.11.02	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.11.02	879131		MJJ				1	683,300	683,300
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.02	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.02	890701		SAP				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,925,458	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,925,458

SON: UN MILLON NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.14 02:41:19 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: 5405300948f0c1a6b2e8c6154860555877e2dd2925d4b9f809941569d44c4ec4551dc3bff6d80bfb04f1f96ef997ba4f

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

18

FACTURA:	54284
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 592,750
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 1,332,708
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

ECAT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 54284

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	2do.Apellido
SANCHEZ	SANCHEZ

1er.Nombre	2do.Nombre
ANDRES	FELIPE

Tipo de Documento: CC CE PA TI[X] RC AS MS PT No. Documento: 1082804994

De: 41799 Fecha de Nacimiento: 2011/06/4 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: VEREDA MESA DE TRAPICHE

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3232487552

Municipio: TELLO Cod. 799

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	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 5 VIA BATEAS DE TELLO NEIVA

Fecha Evento/Accidente: 2023/11/2 Hora: 06:40

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TELLO Cod. 799 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA PLW93G QUIEN COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: AKT Placa: PLW93G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8112506300 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/06/15 Hasta: 2024/06/14

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
SANCHEZ	MOLINA

1er.Nombre	2do.Nombre
OSCAR	LEONARDO

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC No. Documento 4945475

Direccion: VEREDA MESA DE TRAPICHE

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TELLO Cod. 799 Telefono: 3232487552 Total Folios: 0

20

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
SANCHEZ	SANCHEZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
OSCAR	EDUARDO

Tipo de Documento: CC | CE | PA | TI [X] | RC | AS — **No. Documento** 1029881684

Direcci¾n: VEREDA MESA DE TRAPICHE

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3232487552

Municipio: TELLO **Cod.** 799

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/11/2 a las 09:54

Prestador que remite: ESE CENTRO DE SALUD MIGUEL BARRETO LOPEZ DE TELLO **C¾digo de inscripci¾n:** 417990053001

Direccion: CARRERA 6 No. 4-56 **Telefono:** 8784008 HUILA-TELLO

Profesional que Remite: DIEGO ARTURO MEDINA SOTO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/11/2 a las 10:09

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/2 **a las** 13:48

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Fecha de Egreso: 2023/11/2 **a las** 20:18

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
SERGIO	ANDRES
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
PERDOMO	VARGAS

Tipo Documento CC [X] | CE | PA — **No. Documento** 1075287614

N·mero de Registro de MÚdico 1075287614

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1925458	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 60658

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1082804994	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESA DE TRAPICHE		
FCHA.NACTO:	2011.06.04	EDAD:	12 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3232487552
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B-				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.11.02	HORA DE INGRESO: 13:48
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.11.02	HORA DE EGRESO: 20:18

ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
RELACIONADO2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.11.02-14:48:36 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO CON PLACA PLW93G QUIEN COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 13+55
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL DE TELLO , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE 02/11/2023, OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 112/74 FC: 80 FR: 20 TEMP: 36.2 TALLA: 150 PESO: 66 IMC: 29 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS. DOLOR A LA PALPACION EN REGION FRONTAL Y DOLOR A LA PALPACION DE MACIZO FACIAL.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO LESIONES EXTERNAS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO LESIONES EXTERNAS
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>

12

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

EPICRISIS No. 60658

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1082804994	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESA DE TRAPICHE		
FCHA.NACTO:	2011.06.04	EDAD:	12 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3232487552
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B-				

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO: DOLOR A LA PALPACION EN PIERNA, TOBILLO Y PIE CON EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL A LOS ARCOS DE MOVILIDAD, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15, NO PERDIDA DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, CEFALEA INTENSA 8/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR
<<PIEL>>
DISCRETA EQUIMOSIS EN REGION FRONTAL IZQUIERDA
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- SSN 0.9% 40 CC/HORA
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CARA
TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 CC/HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION DE MEDICAMENTOS, 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

16

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

EPICRISIS No. 60658

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1082804994	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESA DE TRAPICHE		
FCHA.NACTO:	2011.06.04	EDAD:	12 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3232487552
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B-				

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.11.02-17:55:08 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
**TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS DE LA BASE LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, SIN DESVIACIONES, NO TRAZOS DE FRACTURA

**TAC DE CARA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA

**RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

**RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

**RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

*** FECHA: 23.11.02-20:03:04 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 MIEMBRO INFERIOR IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: PIERNA IZQ EDEMA Y DOLOR EN TERCIO DISTAL , BUENA MOVILIDAD DE TOBILLO . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSION PIERNA Y TOBILLO IZQ
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.11.02-20:18:49 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO, CON POLITRAUMA, EN EL MOMENTO EN BUENA CONDICION GENERAL, ALERTA, CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, AL EXAMEN FISICO NEUROVASCULAR NORMAL, GLASGOW 15/15, CUENTA CON REPORTE RADIOLOGICO DESCRITO, VALORADO POR SERVICIO DE **ORTOPEDIA*** CONSIDERANDO CUADRO DE CONTUSIONES,
CON EVOLUCION FAVORABLE, CON MODULACION DEL DOLOR ADECUADA, ANTE LO CUAL SE INDICA EGRESO HOSPITALARIO CON MANEJO ANALGESICO, SE INDICA CONTROL AMBULATORIO POR ORTOPEDIA, SE GENERA INCAPACIDAD, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE COMPRENDER Y ACEPTAR.

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

EPICRISIS No. 60658

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1082804994	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESA DE TRAPICHE		
FCHA.NACTO:	2011.06.04	EDAD:	12 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3232487552
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B-				

PLAN
SALIDA
- MEDICAMENTOS ANALGESIA
- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15
- INCAPACIDAD NO REQUIERE
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL ORTOPEDIA
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.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL IBUPROFENO Y COMPRAR MIALGILOX (2/400MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE ULTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON ISODINE, LUEGO APLIZAR 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.
-PARA FOMENTAR LA REEPITELIZACION EN ZONA DE HERIDA COMPRAR FITOEPITEL GEL TOPICO APLICAR 2 VECES AL DIA
-PARA PREVENCION DE LA ARTROSIS ,FOMENTAR LA REEPITELIZACION Y LA REPARACION MANTENIMIENTO CONDRAL TOMAR PEPTOGEN II 1 TAB DIARIA EN CASO DE NO ENCONTRAR DICHO MEDICAMENTO TOMAR 1 SOBRE DE ZIVAL DIARIO POR 1 MES
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.

**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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.02-20:18:41 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

IA

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

EPICRISIS No. 60658

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE

DOC.IDENT:	TI 1082804994	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA MESA DE TRAPICHE		
FCHA.NACTO:	2011.06.04	EDAD:	12 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3232487552
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	B-				

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		
RELACIONADO 1: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO		
RELACIONADO 2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA		

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

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

PACIENTE: 1082804994 SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE **EDAD:** 12

DIRECCION: VEREDA MESA DE TRAPICHE **TELEFONO:** 3232487552

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-59857 **FECHA SINIESTRO:** 2023.11.02 **N° POLIZA:** 8112506300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 2 de noviembre de 2023						
14:49:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:49:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:49:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:49:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	DANI	
14:49:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	DANI	
14:49:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 8.00

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE No. Identif. 1082804994 Edad. 12

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.11.02

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



Martha Liliana Sanchez

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -197518

FECHA EMISION:	2023.11.02
HORA:	20:21:35
PAGINA No:	1

USUARIO: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE **FECHA DE PEDIDO:** 2023/11/2

DOC.IDENT: TI 1082804994 **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
		TOTAL CANTIDAD:	40.00

Marthea Liana Sanchez

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.11.14
HORA: 10:36:46
PAGINA No: 1

Numero: 84305 Fecha Ex. 02/11/23 Hora 07:36
Nombre Paciente: 1082804994 SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE
Dirección: VEREDA MESA DE TRAPICHE Telefono:3232487552 Edad:12 A Sexo:M
Medico: SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie izquierdo observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay moderado edema de los tejidos blandos del pie.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de los dos tercios superiores de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie izquierdo 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.

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte ligero edema de los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región frontal y peri orbitaria izquierda.
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.
Anotándose artefactos de pequeños focos hiperdensos hacia el aspecto central del endocraneo.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.14
HORA:	10:36:46
PAGINA No:	2

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 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

FECHA	: 02 DE NOVIEMBRE DEL 2023
NOMBRE	: SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE
ESTUDIO	: TAC DE CARA
C.C	: 1082804994

TAC DE CARA:

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.
El aspecto de la articulación temporo mandibular y las ramas ascendentes del maxilar inferior no muestran cambios, tampoco se advierten otras irregularidades de los segmentos del maxilar inferior aparentes en el estudio.

CONCLUSION:
ESCANOGRAFIA DE LA CARA:
Dentro de limites normales.

JORGE ENRIQUE ESPINEL TORRES
Radiólogo
Registro Medico No. 0448-3

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 Nov. 2023

Señores La Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Martha Liliana Sanchez identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Andres felipe Sanchez, con identificación No. 1082809999, 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, producto de las atenciones prestadas desde 02/11/2023 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

Martha Liliana Sanchez

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c. 1.082804.99

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

HOSPITAL MIGUEL BARRETO LOPEZ
NIT. 813004018-1
CARRERA 6 N 4 - 56 (Tel:8488002)

Remisiones
202311020012 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Dia: 02 **Mes:** 11 **Año:** 2023 **No. Historia Clinica:** RC1082804994

Paciente (Datos Basicos)

Nombres y Apellidos	ANDRES FELIPE SANCHEZ SANCHEZ			
Documento de Identidad:	TI 1082804994	**Genero:** Masculino	**Edad:**	04/06/2011 - 12 Ano(s)
Dirección: PORTADA TELLO HUILA			**Telefono:**	3114995855
Municipio: TELLO		**Departamento:** Huila	**Zona:**	Urbana
Responsable del Usuario:	AMPARO CADENA			
Aseguradora:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES	**Regimen:**	SOAT	

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	**Fecha Egreso**	**Servicio que Remite**	**Especialidad**
02/11/2023	02/11/2023	URGENCIA.	MEDICO - RURAL
Modalidad de Solicitud		**Servicio al que se remite**	**Especialidad**
Remision		ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Remisión

Motivo: Nivel de competencia

Autorización: XXX

Descripción:
PACIENTE MASCULINO DE 12 AÑOS QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PARRILLERO DE M OTOCICLETA MARCA , PLACA PLW93G, MODELO AKT , EN EL BARRIO/VIA EN LA VIA FORTALECILLAS – TELLO EN LA REGION DE BATEAS KM 5, ALRE DEDOR DE LAS 6:30 AM , AL INTENTAR ESQUIVAR UN VEHICULO QUE SE LES ATRAVESO, PIERDEN EL CONTROL DEL VEHICULO CON POSTERIOR CAID A EN CON APOYO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR EDEMA Y DOLOR A LA MOVILIZACION DE PIE IZQUIERDO NIEGA OTROS SINT OMAS ADICIONALES FAMILIAR DE LA PACIENTE REFIERE QUE ESTABAN EN UNA MOTO EN LA FINCA BATEAS QUIEN REFIEREN QUE POR ADELANTAR UN VEHICULO PERDIERON EL CONTROL DE LA MOTOCICLETA Y CAEN AL SUELO POR ADELANTAR EL VEHICULO DONDE ESTABA LA DOCENTE, REFIE RE QUE EL VEHICULO SE LES ATRAVESO, ABUELA REFIERE QUE LA DOCENTE QUE ESTABA EN EL VEHICULO PUSO DIRECCIONALES, REFIERE QUE FUE E L PACIENTE QUIEN SE LE ATRAVESO, EL PACIENTE EN ESTA OCASIÓN VENIA EN LA MOTOCICLETA DE PÁRILLERO. PLACAS ELU136 VEHICULO QUE LO S EMBISTIO. -REVISION POR SISTEMA: NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOSFRIOS, NIEGA VOMITOS, NIEGA NAUSEAS, NIEGA DISNEA, NIEGA DOLOR ENPEC HO, NIEGA PALPITACIONES, NIEGA SINTOMAATOLOGIA URINAIRA. REFIERE DOLOR Y CON EDEMA EN REGION DE MIEMBROS INFERIOR IZQUIERDO CON POSRTERIOR EDEMA Y DOLOR PARA LA MOVILIZACION DE LA MISMA. -EXAMEN FISICO:BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL AL TACTO, NORMO HIDRATADA, ALGIDO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. -CABEZA: MUCOSA HUMEDA, NORMOCROMICA, ESCLERAS ANICTERICAS, PINRL, ORL: SIN LESIONES, NO EXUDADO, FARINGES NORMALES. PACIENTE PRESENTA DOS EDEMAS EN REGION FRONTAL. CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENO PATIAS NI MASAS PALPABLES -TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, NO DISNEA, NO TAQUIPNEA. -ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, NO PALPO MASAS NI VISCEROM EGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑOPERCUSION LUMBAR NEGATIVA. -G/U: NORMOCONFIGURADO NO EXPLORADO. EXTREMI DADES: SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS DISTALES PRESNETES. REFIERE DOLOR Y CON EDEMA EN RE GION DE MIEMBROS INFERIOR IZQUIERDO CON POSRTERIOR EDEMA Y DOLOR PARA LA MOVILIZACION DE LA MISMA. -NEUROLOGICO: PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, SIN ALETRACION PARES CRANEALES, SIN APARENTE DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO LATERALIZACION, FUERZA MUSCULAR C ONSERVADA -PIEL: NORMOTÉRMICA, NORMOCRÓMICA, SIN LESIONES. CON PEQUEÑAS ESCORIACIONES. PLAN. SE ORDENA MANEJO DE OBSERV ACION MIENTRAS SE ADELANTA EL TRAMITE DE SOAT Y REMISION ADMINISTRACION DE UNA AMPOLLA DIPIRONA CON 500 MG VIGILANCIA Y CON TROL REMISION PARA HOSPITAL DE MAYOR NIVEL TOMA DE RX DE PIE IZQUIERDO Y ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDO DE EXTREMIDADES INFERIORE S IZQUIERDO PIE IZQUIERDO.

Médico que Remite:

Diego Arturo M

DIEGO ARTURO MEDINA SOTO
MEDICO - RURAL
Cedula 1079607980
Registro Profesional 1079607980

DX Principal : AGRESION POR COLISION DE VEHICULO DE MOTOR: LUGAR NO ESPECIFICADO **Código CIE:** Y039

Nivel de Competencia

Nivel que Remite: 1 **Nivel al que Remite:** 1

Hora Solicitud

Hora: 09 **Minutos:** 54

Hora Confirmación

Hora: 09 **Minutos:** 54

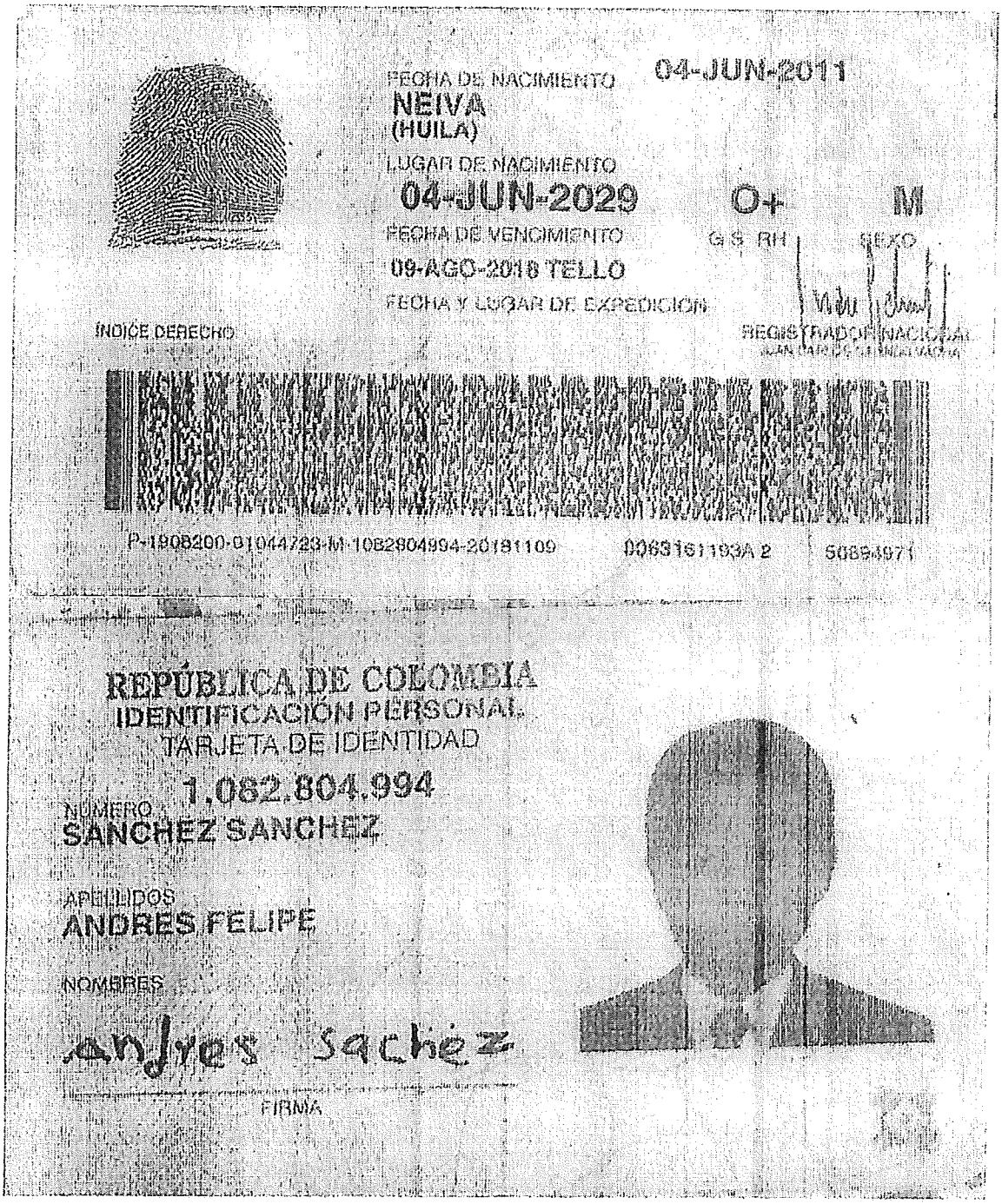
Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): XXX

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

Hora: **Minutos:**

Nombre del Conductor: **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-2011
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-JUN-2029 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
09-AGO-2016 TELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-1908200-01044723-M-1082804994-20181109 0063161193A 2 50884971

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.082.804.994
SANCHEZ SANCHEZ
APELLIDOS
ANDRES FELIPE
NOMBRES
Andres Sanchez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-2007
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-SEP-2025 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO
01-OCT-2014 TELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

I<COL1029881684<20150218 0045007185A 2 8171785

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.029.881.684
SANCHEZ SANCHEZ
APELLIDOS
OSCAR EDUARDO
NOMBRES

Oscar Eduardo Sanchez
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029346098

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
PLW93G	AKT	AK162CR4	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
162	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR
162FMJVQ340025

REG
N

VIN
9F2A1162XPB007684

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
9F2A1162XPB007684

REG
N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
SANCHEZ MOLINA OSCAR LEONARDO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 4945475

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
12

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902022000188612

I/E
I

FECHA IMPORT
11/11/2022

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
15/06/2023

FECHA EXP. LIC. TTO
15/06/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LTO7100246.2944

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:	PLW93G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029346098	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK162CR4
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	162FMJVQ340025
NÚMERO DE CHASIS:	9F2A1162XPB007684	NÚMERO DE VIN:	9F2A1162XPB007684
CILINDRAJE:	162	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	15/06/2023
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
8112506300	14/06/2023	15/06/2023	14/06/2024	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: 2024/01/19

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-FEC1-54284 fechada el dia 23.11.14 cuyo paciente es SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE

HISTORIA No. 1082804994

GLOSA No: ZGL-1-42925 **SINIESTRO:** 54284

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 17408.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 17408.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, (ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el pr de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos M al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quie sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 9400.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 9400.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA VALORACION POR EL ESPECIALISTA, 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

Recibido!
25 de Enero del 2024
20239233

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: 2024/01/19

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-FEC1-54284 fechada el dia 23.11.14 cuyo paciente es SANCHEZ SANCHEZ ANDRES FELIPE

HISTORIA No. 1082804994

GLOSA No: ZGL-1-42925 **SINIESTRO:** 54284

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	17408.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	17408.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, COMO SE ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA VALORACION POR EL ESPECIALISTA, 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

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:
" 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: SO1-21701- 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 EL PACIENTE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO EL CUAL LE OCASIONA AL PACIENTE CEFALEA INTENSA DE 8/10 POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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 4: SO1-21706- 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

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL PACIENTE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO EL CUAL LE OCASIONA AL PACIENTE DOLOR A LA PALPACION EN MACIZO FACIAL POR LO QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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

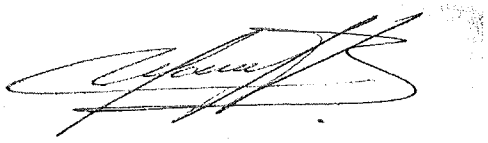
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

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

JUSTIFICACION:
CARGAR A LA CUENTA DEL SOAT LOS GASTOS MEDICOS QUE SE GENERARON EN LAS PRESTACION DE SERVICIO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,925,458.00
VALOR GLOSADO :	1332708.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1332708.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227479	**No.**	184630	**Siniestro**	90726658	**No. Factura**	FEC154284		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	02/11/2023	**Fecha aviso**	04/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	12/01/2024	**Póliza**	811250630	**Vigencia**	15/06/2023	**hast**	14/06/2024
Id tomador	4945475	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1029881684	**Nombre**	OSCAR EDUARDO SANCHEZ SANCHEZ						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	T149					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO Ó MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
2	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	125,600	0	125,600
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	81,400	0	81,400
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE 21701 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS	100%	622,600	622,600	0
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	NO SE RECONOCE 21706 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER EVALUADAS CON RX.	100%	683,300	683,300	0
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 39143 Y SE HOMOLOGA A 39132 DE ACUERDO A CONSULTA SOPORTADA.	100%	64,500	9,400	55,100
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML $ 4892, (2) CLORURO DE SODIO 100ML $7516, (2) DICLOFENACO $5000 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.,	100%	45,158	17,408	27,750
1	77702	INSUMOS			11,100	0	11,100

1001	**Cobrado**	**1,925,458**
1002	**Obj. Parcial**	**1,332,708**
1003	**Liquidado**	**592,750**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ALEJANDRA.ESCOBAR			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 ,2023.11.24	16:15:30	2023.12.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54738

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 168397
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | | 2023.10.16 - 13:49 | 2023.10.16 - 18:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS EDAD : 18 Años
DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO ALGECIRAS TELEFONO: 3125818970
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	105,200	105,200
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	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								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	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
	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
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	2023.10.16	873206		APG				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.16	873206		APG				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.16	873121		APG				1	81,400	81,400
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.10.16	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.10.16	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.10.16	903841						1	18,600	18,600
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.10.16	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.10.16	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.16	890701		APG				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.16	S22101		FFN				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
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO CONTRATO 00.110.181-9
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA L 0000 AUTORIZA
Cufe: 8cfceb1add7e63e91a58a071f39cf5067bb8c380df907 9f11c441e06a5
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia JJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta I CA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227490

27

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:00:56 PM
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. FEC154738

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8cfceb1add7e63e91a58a071f39cf5067bb8c380df9075d1cafa6509eac5ffdd124b9717f6c69022b939f11c441e06a5

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
680524

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-24 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
3c68e6ce5027a805006ac65b2265227bf5cc09441bed6a60d86d2d43b65fb55c23f95ecc197a08c6c0332ca8babf331a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 04:18:31.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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

DIAN

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. FEC154738

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8cfceb1add7e63e91a58a071f39cf5067bb8c380df9075d1cafa6509eac5ffdd124b9717f6c69022b939f11c441e06a5

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

CUDE:
8ea4a2f10c456ce1f361b543cbd2f3c59116671124c0dda7c2fe8630d71b4c4c6f6eab83243b5dc0d4bbb7590faedb38

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 09:21:01.000 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:
cc6fe943e0806f4f470cf6177bba18137b6420836baac239358cddddb466dd52000ed3588dbb262ed5eacdfbf0ae7a2a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 11:40:53.000 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

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. FEC154738

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
8cfceb1add7e63e91a58a071f39cf5067bb8c380df9075d1cafa6509eac5ffdd124b9717f6c69022b939f11c441e06a5

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
1acad6257e9aa86698ba2b3738483a7bafb09cd8bfa98a25c8a580e487bd58574f84030d3b9c7c45003e7e629438edad

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 11:41:05.000 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

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 ,2023.11.24	16:15:30	2023.12.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54738

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 168397

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.16 - 13:49	2023.10.16 - 18:40

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS EDAD : 18 Años

DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO ALGECIRAS TELEFONO: 3125818970

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	105,200	105,200
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	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								2	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	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
	VENDA ELASTICA DE 5X5								1	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	25,600	51,200
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	2023.10.16	873206		APG				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.16	873206		APG				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.16	873121		APG				1	81,400	81,400
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.10.16	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.10.16	902208						1	30,900	30,900
19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	2023.10.16	903841						1	18,600	18,600
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.10.16	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.10.16	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.16	890701		APG				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.16	S22101		FFN				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: 8cfceb1add7e63e91a58a071f39cf5067bb8c380df9075d1cafa6509eac5ffdd124b9717f6c69022b939f11c441e06a5

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

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 Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.11.24	16:15:30	2023.12.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54738

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

VALOR BRUTO:	680,524	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	680,524

SON: SEISCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.24 04:18:31 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: 8cfceb1add7e63e91a58a071f39cf5067bb8c380df9075d1cafa6509eac5ffdd124b9717f6c69022b939f11c441e06a5

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

26

FACTURA:	54738
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 492,524
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 188,000
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 215

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 Radicaci¾n: 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- 54738

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

CABIEDES — 1er.Apellido o Razon Social

LOSADA — 2do.Apellido

JUNIOR — 1er.Nombre

ALEXIS — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1120865256

De: 41020 Fecha de Nacimiento: 2005/08/13 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: VEREDA SATIAS BAJO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125818970

Municipio: ALGECIRAS Cod. 020

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: AVENIDA QUINTA BARRIO CENTRO ALGECIRAS

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/16 Hora: 10:55

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: ALGECIRAS Cod. 020 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PLW09G, COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: KTM Placa: PLW09G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8112957700 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/06/23 Hasta: 2024/06/22

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PERDOMO — 1er.Apellido o Razon Social

ARIAS — 2do.Apellido

KELLY — 1er.Nombre

ALEXANDRA — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1075268719

Direccion: VEREDA SATIAS BAJO

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: ALGECIRAS Cod. 020 Telefono: 3125818970 Total Folios: 0

29

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CABIEDES	LOSADA

1er.Nombre	2do.Nombre
JUNIOR	ALEXIS

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1120865256

Direcci¾n: VEREDA SATIAS BAJO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3125818970

Municipio: ALGECIRAS **Cod.** 020

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/10/16 a las 11:57

Prestador que remite: ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE ALGECIRAS **C¾digo de inscripci¾n:** 410200019401

Direccion: CALLE 4 No 1 40 **Telefono:** 8382895 HUILA-ALGECIRAS

Profesional que Remite: LIZETH YULIETH OBANDO MORE **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/10/16 a las 12:12

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/16 **a las** 13:49 **Fecha de Egreso:** 2023/10/16 **a las** 18:40

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

Diagnostico relacionado de Ingreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

Diagnostico relacionado de Egreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
PRADA	GOMEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de MÚdico 55302763

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	680524	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.10.16	HORA DE INGRESO: 13:49
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.10.16	HORA DE EGRESO: 18:40
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S913 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
CONFIRMADO: S913 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
RELACIONADO1: S923 - FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.16-14:11:44 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PLW09G, COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 13:55 PM
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE ALGECIRAS , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY, OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/68 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 165 PESO: 75 IMC: 28 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION,
<<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>>

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN PIERNA, TOBILLO Y PIE DERECHO. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR OSENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA EN DORSO DEL PIE DERECHO IRREGULAR DE 10 CM DE DIAMETRO, CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, BORDES EVERTIDOS, IRREGULARES, NECROTICOS.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE18 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- LEV A 40 CC HORA
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
-REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA PT Y TPT, INR CREATININA GLUCOSA EN SANGRE.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.16-14:50:31 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: 14:14 / 14:16 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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 DORSO DE PIE DERECHO DE +-10CM YA SUTURADA + SE OBSERVAN SUCIAS, 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 IMPREGNADO DE ISODINE SOLUCION Y VENDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 23.10.16-15:25:42 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
SE CONSDIER APACIENTE CURSA CON FRACTRUA ABIERTA, SE COMENTA CON ORTOPEDISTA D ETURNO, SE AGREGA ANTIBIOTICO DUAL EN EL MOMENTO.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL: CON EVIDENCIA DE FRACTURA DE LA CABEZA DEL QUINTO METATARSIANO
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADOS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADOS.

PENDIENTE LECTURA OFICIALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.10.16-18:08:39 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

23

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS:
LEUCO: 13.3 NEUTRO: 82.2 LINF: 11.9 PLAQ: 223.000
HB: 15.3 HTO: 46.1
GLUCOSA EN SANGRE: 82.0 CREATININA: 0.7 TP: 12.8 TPT: 34.0 INR: 0.85

PARACLNICOS DE BAJO RIESGO.

*** FECHA: 23.10.16-18:39:54 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE AUDLTO QUIEN SUFR EPOLITRAUAMTISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON HERIDA EN REGION DEL DORSO DEL PIE SUTURADA, CON BORDES IRREGULARES DE 10 CM DE DIAMETRO,
RX: CON FRACTURA DE LA CABEZA DEL QUINTO METATARSIANO DERECHO.
IDX:
FRACTURA ABIERTA DEL QUINTO METATARSIANO DERECHO.

PLAN:
REQUIERE PASAR A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO DE LA FRACTURA ABIERTA.

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.10.16-18:40:40 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
paciente se traslada a salas de cirugia para continuar manejo por ortopedia.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-18:40:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO — **TIPO** — **GRADO**

CONFIRMADO: S913 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
RELACIONADO 1: S923 - FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

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@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LT A

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 16 397

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -168397 **cha** 2023/10/16

Nombre Paciente: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS - 1120865256 **Edad:** 18 **Sexo:** M

Quien Realiza: FFN- NARLY TATIANA FIERRO FRANCO **Sala:** 10 SALA DE CURA( )NES

Diagn¾sticos Previos:
1. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn¾sticos Definitivos:
1. S913-HERIDAS DE OTRAS PAR ES DEL PIE
3. S900-CONTUSION DEL TOBILL

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	FFN	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORM DE BIOSEGURIDAD SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACIONES + PACIENTE CON HERIDA EN DORSO DE F DERECHO DE +-10CM YA SUTURADA + SE OBSERVAN SUCIAS, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSE 'ADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BA IDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE)LUCION Y SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON APOSITO IMPREGNADO DE ISODINE SOLUCION Y \ NDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

Narly F.
QUIEN REALIZA

Junior C.
FIRMA DE PACIE E

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,17-Nov-2023 10:33:3

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:** 2023.10.1 13:49

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 18 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS 1 NIVEL I ALGECIRAS VEREDA SATIAS BAJO 3125818970

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.10.16	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	FFN	10.00
2023.10.16	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	FFN	10.00
2023.10.16	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	FFN	1.00
2023.10.16	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	FFN	6.00
2023.10.16	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	FFN	1.00
2023.10.16	ZMQ	ELASTICA	VENDA ELASTICA DE 5X5	FFN	1.00
2023.10.16	CLI	APOSITOS	APOSITOS ESTERILES PAQUETES	FFN	1.00

PACIENTE: 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS **EDAD:** 18

DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO **TELEFONO:** 3125818970

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-59511 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.16 **N° POLIZA:** 8112957700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 16 de octubre de 2023						
14:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
14:12:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
14:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
14:12:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
14:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
14:12:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	CPM1	
14:12:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		DIA	CPM1	
14:12:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		DIA	CPM1	
14:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
14:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CPM1	
14:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	
15:26:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CPM1	
15:26:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CPM1	
15:26:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CPM1	

TOTAL SUMINISTRADO: 19.00

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS
1120865256
Masculino
18 Años

Orden No. 20231016O012

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	13.31	x 10^3/ul			16/10/2023 17:45
Recuento de Globulos Rojos	5.54	x 10^6/ul	*	3.50 - 5.50	16/10/2023 17:45
Hemoglobina	15.3	g/dl	*	11.0 - 15.0	16/10/2023 17:45
Hematocrito	46.1	%		36.0 - 48.0	16/10/2023 17:45
Volumen Corpuscular Medio	83.2	fL		80.0 - 99.0	16/10/2023 17:45
Hemoglobina Corpuscular Media	29.5	pg		26.0 - 32.0	16/10/2023 17:45
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.4	g/dl		32.0 - 36.0	16/10/2023 17:45
Recuento de Plaquetas	223	x 10^3/ul		150 - 450	16/10/2023 17:45
Neutrofilos %	82.2	%	*	50.0 - 70.0	16/10/2023 17:45
Linfocitos %	11.9	%	*	20.0 - 40.0	16/10/2023 17:45
Monocitos %	4.6	%		1.0 - 8.0	16/10/2023 17:45
Eosinofilos %	1.20	%	*	3.00 - 7.00	16/10/2023 17:45
Basofilos %	0.10	%		0.00 - 1.00	16/10/2023 17:45
Neutrofilos #	10.94	x 10^3/ul	*	2.00 - 7.80	16/10/2023 17:45
Linfositos #	1.59	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	16/10/2023 17:45
Monocitos #	0.61	x 10^3/ul		0.10 - 1.80	16/10/2023 17:45
Eosinofilos #	0.16	x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	16/10/2023 17:45
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	16/10/2023 17:45
Volumen Plaquetario Medio	10.3	fL		7.4 - 10.4	16/10/2023 17:45
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.7	fL		39.0 - 46.0	16/10/2023 17:45
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.3	%		11.5 - 14.5	16/10/2023 17:45
PDW	16.4				16/10/2023 17:45
PCT	0.231	%			16/10/2023 17:45

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

BIOQUIMICA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	82.0	mg/dl		74.0 - 106.0	16/10/2023 17:51
METODO: QUIMICA SECA.					

17

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-10-16 17:13
2023-10-16 17:55

Paciente

CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS
1120865256
Masculino
18 Años

Orden No. 202310160012

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
BIOQUIMICA				
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.7	mg/dl	0.7 - 1.3	16/10/2023 17:51
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	12.80	seg	11.30 - 18.30	16/10/2023 17:51
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	34.00	seg	22.00 - 38.00	16/10/2023 17:45
INR	0.85			16/10/2023 17:51

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

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 OCTUBRE 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 seis (06) días del mes de octubre de 2023.

++++++++++++++++++++++++++

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

++++++++++++++++++++++++++

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 835a2f9b8b05164f1d8ec15868ec95a3980349daf38705ee867dad24bf3ad6c161edf4806f04e71d1418c7c0b2614d36

Número de Factura: FE-9629
Fecha de Emisión: 24/10/2023
Fecha de Vencimiento: 23/11/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA / CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	2023	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 8.348.130,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 8.348.130,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro. Tipo Código Descripción % Valor

Información Complementaria

Nro Nombre Campo Valor Campo

Anticipos

Nro Valor Fecha recibido

Referencias

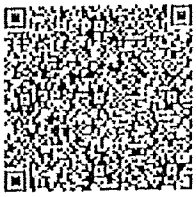
Tipo de Documento Referencia Número Referencia Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2023 (11 AL 20 DIAS DEL M ES DE OCTUBRE)

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-10-24 16:28:06
Documento generado el: 2023-10-24 16:28:05
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	8.348.130,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Unitario Factura	8.348.130,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	8.348.130,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	8.348.130,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($ 8,348,130.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2023 (DEL 11 AL 20).

	Historia	Edad	Nombre	Género
10110001	1075274693	29 Años	SANTOFIMIO RAMIREZ FRANCISCO	
	902204		ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD	7,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	906913		PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION	65,300
10110037	83116943	43 Años	ROSAS TRUJILLO FAIBER	
	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
10110038	7721136	41 Años	CARDOZO MASMELA JOHN ALEXANDER	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
10110046	1075211174	19 Años	VARGAS WILLAMSON JUAN FELIPE	
	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	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10110047	83163052	56 Años	TOVAR MENZA MARCO EMILIO	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
10110048	12122354	60 Años	CARDOZO QUIMBAYO ARISTOBULO	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10120050	79057777	53 Años	BUITRAGO POVEDA LEONARDO	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10120055	1075273506	29 Años	CUELLAR RAMIREZ JHORDIN ALEJANDRO	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10130001	83221379	51 Años	CEDEÑO SANABRIA JULIO CESAR	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10130002	1082806692	1 Año	FALLA DEVIA DILAN FELIPE	
	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	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($ 8,348,130.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2023 (DEL 11 AL 20).

		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160008	12253693	64 Años	VARGAS HERRERA LIBARDO	
		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	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160011	1086330378	32 Años	ALARCON VARGAS JUAN CARLOS	
		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	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160012	1120865256	18 Años	CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS	
		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	19,300
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10160013	1079604287	38 Años	ESGUERRA OCAMPOS JHON EDISON	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
		799	PARCIAL ORINA	20,500
10160014	36066765	45 Años	BARRIOS BAHAMON BERTHA CECILIA	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
10160015	12136285	55 Años	GUTIERREZ CASANOVA JULIAN	
		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	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10170001	1075791236	18 Años	PASTRANA FLOREZ DANIEL ESTEVAN	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
10170002	1081183084	31 Años	CARDOZO BERMUDEZ JUAN ERNESTO	
		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	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10170009	1075261660	31 Años	MUNAR MERCADO MARIA PAULA	
		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	19,300
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10170024	1112479696	30 Años	PERDOMO CARLOS ALFREDO	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
10170025	1077724828	15 Años	PANCHE MANCILLA TANYA MICHELL	
		902204	ERITROSEDIMENTACIÓN VELOCIDAD	7,300

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($ 8,348,130.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2023 (DEL 11 AL 20).

		901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	52,200
10190078	1075236740	34 Años	ORTIZ DIANA MARCELA	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10200001	1081162056	1 Año	HERMOSA QUINTERO ALLINSON TATIANA	
		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
		903856	NITROGENO UREICO	15,500
		903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	18,600
10200003	1081164059	34 Años	MAHECHA MONJE MAURICIO	
		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	18,600
10200010	79713318	49 Años	RAMOS CAMELO GALO	
		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	18,600
10200046	1007300253	22 Años	CUELLAR PERDOMO JORGE EDUARDO	
		902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
		902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
		902210	Hemograma IV	32,100
			SUBTOTAL	9,275,700
			MENOS EL 10%	927,570
			TOTAL	8,348,130

10

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.23
HORA:	15:28:52
PAGINA No:	1

Numero: 83800 Fecha Ex. 16/10/23 Hora 15:28
Nombre Paciente: 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS
Dirección: VEREDA SATIAS BAJO Telefono:3125818970 Edad:18 A Sexo:M
Medico: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie derecho observándose imagen de fractura del 5° metatarsiano.
También hay ligera irregularidad en el aspecto de la relación articular entre la primera cuña y el primer metatarsiano sin que se confirmen evidentes focos de fracturas a este nivel.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes al foco de fractura.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

*HALLAZGOS

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.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de fracturas de tibia ni de peroné en las proyecciones presentadas.

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, 16 OCT. 2023

Señores
LA EQUIDAD SEGUROS
Ciudad

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

Yo JUNIOR ALEXIS CABIEDES LOZADA identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1120865256, 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 16/10/2023 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

Junio Cabiedes

HUELLA

Firma
Nombre: JUNIOR ALEXIS CABIEDES
c.c. 1120865256

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10271165
16/10/2023 11:38:00
Historia Clínica No.
1120865256

IDENTIFICACION

Paciente : JUNIOR ALEXIS CAVIEDEZ LOSADA **Identificación No.:** CC No. 1120865256
Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS **Fecha Nacimiento:** 13 - ago. - 2005
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA **Ciudad:** ALGECIRAS **Edad:** 18 Años **Sexo** M
Dirección: V. SATIAS (V. SATIAS) **Teléfonos:** 3214578954

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: lunes, 16 de octubre de 2023 **Hora:** 11:01 **Paciente Llega por sus propios medios?** SI **Cual**
Acompañante:
Dirección: **Tel.** **Estado:**

En caso de accidente, intoxicación o violencia

Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
'ME CAÍ DE LA MOTO"

Antecedentes

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE VEREDA SATÍAS, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN COMPAÑÍA DE SU MADRE DORA LOSADA, REFIRIENDO QUE A LAS 11 AM SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CUANDO TRANSITABA POR LA AVENIDA QUINTA BARRIO CENTRO, Y COLISIONA CON AUTOMÓVIL, CON POSTERIOR TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, GENERA LESION E NIVEL DE CARA VENTRAL, REFIERE LIMITACIÓN PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO Y DISMINUCIÓN DE SENSIBILIDAD EN 3, 4 Y 5 DEDO. POR LO CUAL DECIDEN ACUDIR.

DATOS: MARCA KTM, PLACA PLW09G, NºPÓLIZA 8112957700.

REVISION POR SISTEMAS

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 FISICO

Presión Arterial: 128 / 85 //Frecuencia Cardiaca: 91 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 60 //Talla: 168 //I.M.C.: 21.26 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 99.33

EXAMEN FÌSICO
*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: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, *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

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Conversación orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (S967) TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO
- Relacionado1: (V294)CONDUCTOR DE MOTOCICLETA LESIONADO POR COLISION CON OTROS VEHICULO DE MOTOR, Y CON LOS NO ESPECIFICADOS, EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO EN LA 2DA DÉCADA DE LA VIDA, SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA, CURSANDO CON CUADRO TRAUMÁTICO AGUDO EN PIE DERECHO, EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA, A LA VALORACIÓN ALERTA, ÁLGICO, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO SIRS, NO COMPROMISO VENTILATORIO, NO DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, NO SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, CONSIDERANDO TRAUMATISMO TENDINOSO, SE

DECIDE VALORACIÓN EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, POR EL MOMENTO, SE INDICA LAVADO DE HERIDA, AFRONTAMIENTO CON PUNTOS DE SUTURA, PROFILAXIS TOXOIDE, PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, MANEJO ANALGÉSICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR.

NOTA DE PROCEDIMIENTO
SE LE EXPLICA AL PACIENTE PROCEDIMIENTO A LLEVAR Y ESTE ACEPTA TERMINOS Y CONDICIONES; SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS SE REALIZAR LAVADO DE HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA E ISODINE ESPUMA, POSTERIORMENTE PACIENTE HASTA SALA DE SUTURAS, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA HERIDA CON LIDOCAÍNA SIN EPINEFRINA AL 2%, SE PROCEDE A AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON PROLENE 3.0 (1 UNIDADES) LOGRANDO CIERRE DE HERIDA Y HEMOSTASIA, CON PUNTOS TIPO SIMPLE (3 EN TOTAL) QUEDA HERIDA CUBIERTA CON GASA.

Conducta a seguir:

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
292246 - LIZETH YULIETH OBANDO MORENO (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 11:50

1 - CEFALOTINA 1G AMPOLLA 1 GR Solución inyectable 2 GR IV

292245 - LIZETH YULIETH OBANDO MORENO (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 11:49

1 - REMISIÓN ORTOPEDIA
2 - PROTOCOLO SEGURIDAD PACIENTE
3 - TAPON HEPANIMIZADO UNIDAD ACCESO
4 - SODIO CLORURO SOLUCION INYECTABLE 0 9 POR CIENTO SUERO FISIOLOGICO BOLSA 500 ML 09 PORCIENTO 500 ML Solución inyectable DILUCIONES
5 - TRAMADOL 50 MG SOLUCION INYECTBLE 50 MG Solución inyectable 50 MG SC AHORA
6 - DIPIRONA SODICA 1 GR 2 ML SOLUCION INYECTABLE 1G 2 ML Solución inyectable 1 GR IV, LENTO Y DILUIDO
7 - PROLENE 3 0 3 0 SUTURA
8 - LIDOCAINA 2 SIN EPINEFRINA 50 ML SOLUCION INYECTABLE 50 MG Solución inyectable SUTURA
9 - CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SO
10 - TOXOIDE DIFTERICO TETANICO SOLUCION INYECTABLE 05 ML 0.5 ML Inyectable SC AHORA
11 - SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE EN ÁREA GENERAL
12 - CSV, AC

Dra. Lizeth Yulieth Obando M.
MEDICO GENERAL UT
C.C. 1110 574 956

ATENCION ABIERTA

LIZETH YULIETH OBANDO MORENO
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1110574956
Firma profesional que da ingreso al paciente

6

HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813001653
Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10054607
Historia Clínica No.
1120865256

Fecha de remisión lunes, 16 de octubre 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
JUNIOR ALEXIS CAVIEDEZ LOSADA	CC: 1120865256	13-ago-2005	COLOMBIA	HUILA	ALGECIRAS	18 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
V. SATIAS, V. SATIAS	3214578954	HUILA	ALGECIRAS	R

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable: **Documento:** CC:
Dirección de residencia: **Teléfono:**
Departamento: 00 **Ciudad:** 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 16 de octubre de 2023	**Fecha de Egreso:**	lunes, 16 de octubre 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	11:57	**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 CAÍ DE LA MOTO"

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE VEREDA SATÍAS, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN COMPAÑÍA DE SU MADRE DORA LOSADA, REFIRIENDO QUE A LAS 11 AM SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CUANDO TRANSITABA POR LA AVENIDA QUINTA BARRIO CENTRO, Y COLISIONA CON AUTOMÓVIL, CON POSTERIOR TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, GENERA LESION E NIVEL DE CARA VENTRAL, REFIERE LIMITACIÓN PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO Y DISMINUCIÓN DE SENSIBILIDAD EN 3, 4 Y 5 DEDO. POR LO CUAL DECIDEN ACUDIR.

DATOS: MARCA KTM, PLACA PLW09G, N°PÓLIZA 8112957700.

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 FÌSICO
*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: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, *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: 128 / 85 //Frecuencia Cardiaca: 91 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 60 //Talla: 168 //I.M.C.: 21.2585034013605 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Conversación orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813001653
Calle 4 No. 1.- 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10054607
Historia Clínica No. .
1120865256

- Principal (S967) TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO
- Relacionado1: (V294)CONDUCTOR DE MOTOCICLETA LESIONADO POR COLISION CON OTROS VEHICULO DE MOTOR, Y CON LOS NO ESPECIFICADOS, EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO EN LA 2DA DÉCADA DE LA VIDA, SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA, CURSANDO CON CUADRO TRAUMÁTICO AGUDO EN PIE DERECHO, EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA, A LA VALORACIÓN ALERTA, ÁLGICO, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO SIRS, NO COMPROMISO VENTILATORIO, NO DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, NO SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, CONSIDERANDO TRAUMATISMO TENDINOSO, SE DECIDE VALORACIÓN EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, POR EL MOMENTO, SE INDICA LAVADO DE HERIDA, AFRONTAMIENTO CON PUNTOS DE SUTURA, PROFILAXIS TOXOIDE, PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, MANEJO ANALGÉSICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR.

NOTA DE PROCEDIMIENTO
SE LE EXPLICA AL PACIENTE PROCEDIMIENTO A LLEVAR Y ESTE ACEPTA TERMINOS Y CONDICIONES; SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS SE REALIZAR LAVADO DE HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA E ISODINE ESPUMA, POSTERIORMENTE PACIENTE HASTA SALA DE SUTURAS, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA HERIDA CON LIDOCAÍNA SIN EPINEFRINA AL 2%, SE PROCEDE A AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON PROLENE 3.0 (1 UNIDADES) LOGRANDO CIERRE DE HERIDA Y HEMOSTASIA, CON PUNTOS TIPO SIMPLE (3 EN TOTAL) QUEDA HERIDA CUBIERTA CON GASA.

Diagnóstico por el cual se remite: S967 TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE MASCULINO EN LA 2DA DÉCADA DE LA VIDA, SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA, CURSANDO CON CUADRO TRAUMÁTICO AGUDO EN PIE DERECHO, EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA, A LA VALORACIÓN ALERTA, ÁLGICO, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO SIRS, NO COMPROMISO VENTILATORIO, NO DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, NO SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, CONSIDERANDO TRAUMATISMO TENDINOSO, SE DECIDE VALORACIÓN EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, POR EL MOMENTO, SE INDICA LAVADO DE HERIDA, AFRONTAMIENTO CON PUNTOS DE SUTURA, PROFILAXIS TOXOIDE, PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, MANEJO ANALGÉSICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR.

NOTA DE PROCEDIMIENTO
SE LE EXPLICA AL PACIENTE PROCEDIMIENTO A LLEVAR Y ESTE ACEPTA TERMINOS Y CONDICIONES; SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS SE REALIZAR LAVADO DE HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA E ISODINE ESPUMA, POSTERIORMENTE PACIENTE HASTA SALA DE SUTURAS, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA HERIDA CON LIDOCAÍNA SIN EPINEFRINA AL 2%, SE PROCEDE A AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON PROLENE 3.0 (1 UNIDADES) LOGRANDO CIERRE DE HERIDA Y HEMOSTASIA, CON PUNTOS TIPO SIMPLE (3 EN TOTAL) QUEDA HERIDA CUBIERTA CON GASA.

Resultados Exames

LIZETH YULIETH OBANDO MORE
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1110574956

Dra. Lizeth Yulieth Obando M.
MEDICO GENERAL UT
C.C. 1110 574 956

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1120865256
NOMBRES	JUNIOR ALEXIS
APELLIDOS	CABIEDES LOSADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	15/06/2006	31/10/2013	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/27/2023 10:48:44	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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029410519

PLACA: PLW09G	MARCA: KTM	LINEA: 200 DUKE L	MODELO: 2023
CILINDRADA CC: 199	COLOR: NARANJA NEGRO		SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ: 2
NÚMERO DE MOTOR: P93602485	REG: N	VIN: VBKJPC404PE021313	
NÚMERO DE SERIE: VBKJPC404PE021313	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: VBKJPC404PE021313	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): PERDOMO ARIAS KELLY ALEXANDRA

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075268719

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 25

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 482023000209762

I/E: I

FECHA IMPORT.: 10/04/2023

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

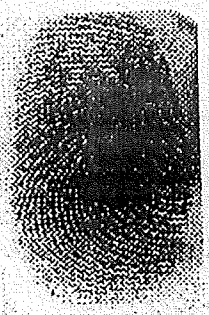
FECHA MATRÍCULA: 26/06/2023

FECHA EXP. LIC., TTO.: 26/06/2023

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT0700246341?

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2023-06-22			2023-06-23			2024-06-22		

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8112957700	PLW09G	MOTOS	PARTICULAR	199	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	KTM	

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
200 DUKE L	P93602485	VBKJPC404PE021313	VBKJPC404PE021313	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
PERDOMO ARIAS, KELLY ALEXANDRA	3165517662	CC	1075268719	ALGECIRAS

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181700	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278200

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 [1] / 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	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 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 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 663 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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/17

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-FEC1-54738 fechada el dia 23.11.24 cuyo paciente es CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

HISTORIA No. 1120865256

GLOSA No: ZGL-1-42886 **SINIESTRO:** 54738

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19827- PROTROMBINA, TIEMPO PT

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	45000.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	45000.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANS MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINIC SE DECIDA APLICAR. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRAN TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES 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: SO1-19958- TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	43700.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

Recibido!
22 de Enero del 2024
20237394

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: 2024/01/17

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-FEC1-54738 fechada el dia 23.11.24 cuyo paciente es CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

HISTORIA No. 1120865256

GLOSA No: ZGL-1-42886 **SINIESTRO:** 54738

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-19827- PROTROMBINA, TIEMPO PT

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	45000.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	45000.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. 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: SO1-19958- TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	43700.00	

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	43700.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. 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: SO1-19290- SUERO, ORINA Y OTROS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	17900.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	17900.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. 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 4: SO1-19490- GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	18600.00	

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	18600.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANSITO EL MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA TOMA DE LOS EXAMENES PARA LA ESTABILIZACION CLINICA DEL PACIENTE TAMBIEN PARA DESCARTAR QUE NO TENGA FALLA RENAL O PROBLEMAS DE COAGULACION Y EVITAR COMPLICACIONES EN EL MANEJO CLINICO QUE SE DECIDA APLICAR. 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 5: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

---

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	62800.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

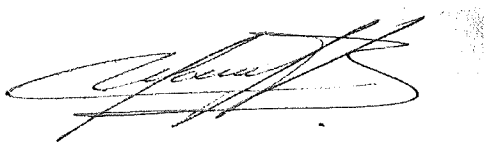
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	62800.00	

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 Y LIMITACION FUNCIONAL EN TOBILLO 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 ESTUDIO 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

VALOR TOTAL FACTURA:	680,524.00
VALOR GLOSADO :	188000.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	188000.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227490	**No.**	186417	**Siniestro**	90728591	**No. Factura**	FEC154738		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	16/10/2023	**Fecha aviso**	21/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	09/01/2024	**Póliza**	811295770	**Vigencia**	23/06/2023	**hast**	22/06/2024
Id tomador	1075268719	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1120865256	**Nombre**	JUNIOR ALEXIS CABIEDES LOSADA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S913					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38925	SALA DE OBSERVACIÓN		100%	105,200	0	105,200
2	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO	NO SE RECONOCE 21101 TOBILLO POR NO PERTINENCIA DE MAS IMAGENES DE ACUERDO CON EXAMEN FISICO Y HALLAZGOS DE RX DE PIE SIN ALTERACIONES	100%	125,600	62,800	62,800
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	81,400	0	81,400
1	19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	NO SE RECONOCE- CODIGO 19290 19490, 19827, 19858 NO PERTINENTES EN MANEJO DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO DE ACUERDO A CUADRO CLÍNICO REGISTRADO	100%	45,000	45,000	0
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	30,900	0	30,900
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS	NO SE RECONOCE- CODIGO 19290 19490, 19827, 19858 NO PERTINENTES EN MANEJO DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO DE ACUERDO A CUADRO CLÍNICO REGISTRADO	100%	17,900	17,900	0
1	19490	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	NO SE RECONOCE- CODIGO 19290 19490, 19827, 19858 NO PERTINENTES EN MANEJO DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO DE ACUERDO A CUADRO CLÍNICO REGISTRADO	100%	18,600	18,600	0
1	19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	NO SE RECONOCE- CODIGO 19290 19490, 19827, 19858 NO PERTINENTES EN MANEJO DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO DE ACUERDO A CUADRO CLÍNICO REGISTRADO	100%	43,700	43,700	0
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			16,200	0	16,200
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	96,224	0	96,224

1001	Cobrado	680,524
1002	Obj. Parcial	188,000
1003	Liquidado	492,524

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
SARA.CONTRERAS			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 ,2023.11.24	16:18:08	2023.12.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54739

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 168407,168411,169424,169430
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.10.16 - 13:49 | 2023.11.02 - 16:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS EDAD : 18 Años
DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO ALGECIRAS TELEFONO: 3125818970

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	16-Oct-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	16-Oct-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	16-Oct-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	16-Oct-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	16-Oct-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	16-Oct-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13501	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE HUESOS PIE (EXCEPTO FALANGES)	16-Oct-2023	39003	7	05	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39103	7	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
39207	GRUPO 05	16-Oct-2023	39207	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	16-Oct-2023	39302	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						5	312,600	1,563,000
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								18	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								23	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								36	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								11	200	2,200
790906	VENDA YESO DE 6X5								2	10,800	21,600
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								12	500	6,000

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: 1
Modalidad ELECTRONICA
Cufe: 7bfb55f8a69880645867b1c37b97df3817a4f5aa35a6c
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

equidad seguros

CODIGO [illegible]
900.118.1[illegible]
una vigencia de: 12 Meses
0000 - AUTORIZA
lea294094db51a
UJILLO Nit. 93.355.451 - 0
KA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227492

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:01:32 PM
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. FEC154739

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7bfb55f8a69880645867b1c37b97df3817a4f5aa35a6cc4954fe4b665e59c6f55bc5cfc8043bf603850ea294094db5fa

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
6732310

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-24 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
c91b1b24e0709b314e5d641374e2718be2bdc27893c1ea5f0d890e50702221fc5e52762fb3f1db57623aec1cb04692f8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 04:21:11.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154739

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7bfb55f8a69880645867b1c37b97df3817a4f5aa35a6cc4954fe4b665e59c6f55bc5cfc8043bf603850ea294094db5fa

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

CUDE:
d2b0a7dbece4888dd889ab7f5f569a2dfd9296d8d85353b7d69ffb80f01218423f5cec5e0ca6d39d379838bedbcc03f4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 09:28:40.000 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:
30f0bfe26ceaa699c00b1a04f8da6fa4e40f24ce3c27a35fba59fa6542b7bc3423bcf189e8cb47d00dd7681158d14989

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 11:40:13.000 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

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. FEC154739

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-24 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
7bfb55f8a69880645867b1c37b97df3817a4f5aa35a6cc4954fe4b665e59c6f55bc5cfc8043bf603850ea294094db5fa

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
67fcc02a686a31fbfcd21f5c6f33ec07d0c03ac2de6c58521c2ce98f5289eaf4f57c8ac1f400a54d117c07f6084b9f40

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-24 11:40:25.000 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

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 ,2023.11.24	16:18:08	2023.12.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54739

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 168407,168411,169424,169430
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.10.16 - 13:49 | 2023.11.02 - 16:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS EDAD : 18 Años
DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO ALGECIRAS TELEFONO: 3125818970

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	16-Oct-2023	39011	1	13	100.0%	1-CIRUJANO	HJC	1	799,000	799,000
39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39111	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	473,300	473,300
39124	GRUPO 13	16-Oct-2023	39124	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	229,400	229,400
39215	GRUPO 13	16-Oct-2023	39215	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,233,300	1,233,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	16-Oct-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS)	16-Oct-2023	39006	3	08	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	194,200	194,200
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39106	3	08	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	114,700	114,700
39119	GRUPO 08	16-Oct-2023	39119	3		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	50,900	50,900
	2i=Via,#R,=Ciruj										
13501	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE HUESOS PIE (EXCEPTO FALANGES)	16-Oct-2023	39003	7	05	50.00%	1-CIRUJANO	HJC	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	16-Oct-2023	39103	7	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
39207	GRUPO 05	16-Oct-2023	39207	7		50.00%	3-DER.SALA	CLF	1	194,500	194,500
39302	GRUPOS 04 05 06	16-Oct-2023	39302	7		75.00%	4-MATERIAL	CLF	1	119,300	119,300
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						5	312,600	1,563,000
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
028203	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS								3	1,000	3,000
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH								2	0	0
020109	VICRYL SUTURA # 1								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								18	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								23	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								36	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								11	200	2,200
790906	VENDA YESO DE 6X5								2	10,800	21,600
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
	JERINGA 20 ML 21G X 1/2								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 4X5								1	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								12	500	6,000

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: 7bfb55f8a69880645867b1c37b97df3817a4f5aa35a6cc4954fe4b665e59c6f55bc5cfc8043bf603850ea294094db5fa

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

50

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 ,2023.11.24	16:18:08	2023.12.24

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54739

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	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								17	600	10,200
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								20	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE								1	0	0
	MEDICAMENTOS										
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								4	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								9	4,892	44,028
19996775	ISODINE SOLUCION								310	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								29	3,758	108,982
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								12	2,500	30,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								310	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								24	250	6,000
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								20	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								10	25,600	256,000
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								24	11,300	271,200
	OTROS										
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.10.16	890202	HJC					1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.10.16	890202	JHT					1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.02	890302	HJC					1	64,500	64,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.02	S22101	PGJ					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	6,732,310	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	6,732,310

SON: SEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.24 04:21:11 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: 7bfb55f8a69880645867b1c37b97df3817a4f5aa35a6cc4954fe4b665e59c6f55bc5cfc8043bf603850ea294094db5fa

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

49

FACTURA:	54739
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 6,622,110
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 110,200
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 256

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

EXT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 54739

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

CABIEDES — 1er.Apellido o Razon Social

LOSADA — 2do.Apellido

JUNIOR — 1er.Nombre

ALEXIS — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1120865256

De: 41020 Fecha de Nacimiento: 2005/08/13 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: VEREDA SATIAS BAJO

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125818970

Municipio: ALGECIRAS Cod. 020

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: AVENIDA QUINTA BARRIO CENTRO ALGECIRAS

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/16 Hora: 10:55

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: ALGECIRAS Cod. 020 Zona: U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PLW09G, COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: KTM Placa: PLW09G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8112957700 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/06/23 Hasta: 2024/06/22

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PERDOMO — 1er.Apellido o Razon Social

ARIAS — 2do.Apellido

KELLY — 1er.Nombre

ALEXANDRA — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1075268719

Direccion: VEREDA SATIAS BAJO

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: ALGECIRAS Cod. 020 Telefono: 3125818970 Total Folios: 0

52

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 257

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CABIEDES	LOSADA

1er.Nombre	2do.Nombre
JUNIOR	ALEXIS

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1120865256

Direcci¾n: VEREDA SATIAS BAJO

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3125818970

Municipio: ALGECIRAS **Cod.** 020

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/10/16 a las 11:57

Prestador que remite: ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE ALGECIRAS **C¾digo de inscripci¾n:** 410200019401

Direccion: CALLE 4 No 1 40 **Telefono:** 8382895 HUILA-ALGECIRAS

Profesional que Remite: LIZETH YULIETH OBANDO MORE **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/10/16 a las 12:12

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 BÞsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/16 **a las** 13:49 **Fecha de Egreso:** 2023/11/2 **a las** 16:30

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

Diagnostico relacionado de Ingreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

Diagnostico relacionado de Egreso

S900 CONTUSION DEL TOBILLO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
PRADA	GOMEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de MÚdico 55302763

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	6732310	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

51

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:			

TEL: 3125818970

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 HORA DE INGRESO: 13:49
FECHA DE EGRESO: 2023.11.02 HORA DE EGRESO: 16:30

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S913 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
CONFIRMADO: S913 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
RELACIONADO1: S923 - FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.16-14:11:44 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA PLW09G, COLISIONA CON UN VEHICULO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 13:55 PM
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL ESE DE ALGECIRAS , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE HOY, OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES POR LO QUE INGRESA A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, POR HALLAZGOS, DECIDEN REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO EN NUESTRA INSTITUCION. 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/68 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 165 PESO: 75 IMC: 28 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION,
<<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>>

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN PIERNA, TOBILLO Y PIE DERECHO. PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR OSENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA EN DORSO DEL PIE DERECHO IRREGULAR DE 10 CM DE DIAMETRO, CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO, BORDES EVERTIDOS, IRREGULARES, NECROTICOS.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE18 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE TOMAN PARACLINICOS PARA MANEJO INTEGRAL, DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- LEV A 40 CC HORA
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
-REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA PT Y TPT, INR CREATININA GLUCOSA EN SANGRE.

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.16-14:50:31 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: 14:14 / 14:16 DURACION: 00:01

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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 DORSO DE PIE DERECHO DE +-10CM YA SUTURADA + SE OBSERVAN SUCIAS, 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 IMPREGNADO DE ISODINE SOLUCION Y VENDAJE ELASTICO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 23.10.16-15:25:42 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
SE CONSDIER APACIENTE CURSA CON FRACTRUA ABIERTA, SE COMENTA CON ORTOPEDISTA D ETURNO, SE AGREGA ANTIBIOTICO DUAL EN EL MOMENTO.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL: CON EVIDENCIA DE FRACTURA DE LA CABEZA DEL QUINTO METATARSIANO
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADOS.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL: NO SIGNOS DE LUXACION NI FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADOS.

PENDIENTE LECTURA OFICIALES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 GR IV CADA DIA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.10.16-18:08:39 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS:
LEUCO: 13.3 NEUTRO: 82.2 LINF: 11.9 PLAQ: 223.000
HB: 15.3 HTO: 46.1
GLUCOSA EN SANGRE: 82.0 CREATININA: 0.7 TP: 12.8 TPT: 34.0 INR: 0.85

PARACLNICOS DE BAJO RIESGO.

*** FECHA: 23.10.16-18:39:54 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE AUDLTO QUIEN SUFR EPOLITRAUAMTISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON HERIDA EN REGION DEL DORSO DEL PIE SUTURADA, CON BORDES IRREGULARES DE 10 CM DE DIAMETRO,
RX: CON FRACTURA DE LA CABEZA DEL QUINTO METATARSIANO DERECHO.
IDX:
FRACTURA ABIERTA DEL QUINTO METATARSIANO DERECHO.

PLAN:
REQUIERE PASAR A SALAS DE CIRUGIA PARA MANEJO DE LA FRACTURA ABIERTA.

*** FECHA: 23.10.16-18:40:40 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
paciente se traslada a salas de cirugia para continuar manejo por ortopedia.

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-18:40:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.10.16-20:46:21 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

REMITIDO DE URGENCIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

45

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT: CC 1120865256 SEXO: MASCULINO DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO
FCHA.NACTO: 2005.08.13 EDAD: 18 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3125818970
EST.CIVIL: SOLTERO RH:

TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 165 PESO: 60 IMC: 22

** EXASMEN FISICO:
CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA,SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES SIMETRICAS, HERIDA EN DORSO DE PIE DE 10 CM APROXIMADAMENTE AFRONTADA, CON CONTAMINACION ORGANICA Y BORDES IRREGULARES
ALERTA, NO FOCALIZADO

** EVOLUCION:
PACIENTE CON INDICACION DE MANEJO QX, SE TRASLADA A SALA DE CX, SEGUN DISPONIBILIDAD

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE CON INDICACION DE MANEJO QX, SE TRASLADA A SALA DE CX, SEGUN DISPONIBILIDAD

***** FECHA: 23.10.16-20:46:38 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-20:46:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.10.16-20:47:33 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

REMITIDO DE URGENCIAS

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.5 TALLA: 165 PESO: 60 IMC: 22

** EXASMEN FISICO:
CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA,SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES SIMETRICAS, HERIDA EN DORSO DE PIE DE 10 CM APROXIMADAMENTE AFRONTADA, CON CONTAMINACION ORGANICA Y BORDES IRREGULARES

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT: CC 1120865256 SEXO: MASCULINO DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO
FCHA.NACTO: 2005.08.13 EDAD: 18 A CIUDAD: ALGECIRAS TEL: 3125818970
EST.CIVIL: SOLTERO RH:

ALERTA, NO FOCALIZADO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
TRASLADO A SALA DE CX

*** FECHA: 23.10.16-21:04:06 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 19:20 / 20:20 DURACION: 00:59

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE HUESOS PIE (EXCEPTO FALANGES) VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO VIA: 1 MEDICO: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

No. DESCRIPCION: 16614
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO + HERIDA COMPLEJA DE 10 CM CON COMPROMISO PROFUNDO, CONTAMINADA.

DESCRIPCION:
" PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
" ANESTESIA GENERAL
" ASEPSIA Y ANTISEPSIA
" COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
" IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS
" POR VIA 1, SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA MAS CURETAJE DE FOCO DE FRACTURA HASTA QUEDAR SIN MATERIAL INERTE APARENTE, REMODELACION DE BORDES MACERADOS QUEDANDO HERIDA DE 15CM, POSTERIORMENTE SE REALIZA SUTURA DE LA HERIDA A 11CM CON PUNTOS SEPARADOS, QUEDANDO UN DEFECTO DE COBERTURA DE 4 CM CUADRADOS, POR LO QUE SE DISEÑA COLGAJO LOCAL FACIOCUTANEO, SE ROTA CON ADECUADA COBERTURA Y FIJA CON PUNTOS SEPARADOS.
" POR ULTIMO, SE REALIZA INMOVILIZACION CON FERULA YESADA.
" SIN COMPLICACIONES.
" SANGRADO ESCASO.

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

EPICRISIS No. 60356

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

*** FECHA: 23.10.16-21:06:38 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, TRASLADO A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO Y SEGUIMIENTO A HERIDA

*** FECHA: 23.10.16-21:06:55 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-21:06:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.10.16-22:32:08 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2 GR IV, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.10.16-22:42:46 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: diluciones, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.10.17-01:23:08 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
REMITIDO DE SALAS DE CX

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
TRANQUILO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 18 AÑOS QUIEN SUFRE ACIDENTE DE TRANSITO EL DIA 16/10/23 CON POSTERIOR TRAUMA Y HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO, DOCUMENTA FRACTURA ABIERTA DE 5TO METACARPIANO DERECHO RAZON POR LA CUAL REQUIRIO MANEJO QX E

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

EPICRISIS No. 60356

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

EMERGENCIA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/68 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION,
<<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>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS. EXTREMIDADES CON PIE DERECHO INMOVILIZADO, HERIDA EN DORSO DE PIE CUBIERTA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR OSENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
HERIDA EN DORSO DEL PIE DERECHO CUBIERTA, CURADA
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
INGRESO HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. TRAUMA EN PIERNA, TOBILLO Y PIE DERECHO

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE + SUTURA DE HERIDA COMPLEJA

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

S: ESTOY BIEN DEL DOLOR
O: TA:110/60 FC:80 FR:19 SO2:98 T_3
*CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
*CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
*ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
*EXTREMIDADES/ PIE DERECHO INMOVILIZADO, HERIDA EN DORSO DE PIE CUBIERTA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
*NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, SE AJUSTA MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

** CONDUCTA:
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- 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:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG 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 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

*** FECHA: 23.10.17-07:04:41 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, SE AJUSTO MANEJO ANTIBIOTICO, CONTINUA MANEJO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 23.10.17-09:31:34 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. TRAUMA EN PIERNA, TOBILLO Y PIE DERECHO

PROCEDIMIENTOS:
1. POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE + SUTURA DE HERIDA COMPLEJA

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN, NO DOLOR AGUDO, BUEN PATRON RESPIRATORIO.

OBJETIVO:
PACIENTE CONCIENTE, ALERTA ORIENTADO.
SIGNOS VITALES: TA: 112/80 FC: 75 FR: 17 SATURACION DE OXIGENO: 98%
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES: PIE DERECHO INMOVILIZADO, HERIDA EN DORSO DE PIE CUBIERTA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
NEUROLOGICO: ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, CON ADECUADA EVOLUCION DE SU POSTQUIRURGICO, SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO, REQUIERE COMPLETAR ESQUEMA PAUTADO DE ANTIBIOTICO, POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU TRATAMIENTO.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.10.17-16:17:40 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. TRAUMA EN PIERNA, TOBILLO Y PIE DERECHO

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO + DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE + SUTURA DE HERIDA COMPLEJA (16/10/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

SUBJETIVO: EN COMPAÑIA DE FAMILIARES. REFIERE DOLOR LEVE-MODERADO EN PIE DERECHO, NO FIEBRE, NO DISNEA, TOLERA VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA.

OBJETIVO: PACIENTE CONCIENTE, ALERTA ORIENTADO.
SIGNOS VITALES: TA: 115/56 FC: 70 FR: 18 T 36.1°C SATURACION DE OXIGENO: 99% EAD 6/10
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR: NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION
EXTREMIDADES: PIE DERECHO INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO EN BOTA, HERIDA EN DORSO DE PIE CUBIERTA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
NEUROLOGICO: ALERTA, SIMETRIA FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ORENTADO EN LAS TRES ESFERAS, GLASGOW 15

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, CON ADECUADA EVOLUCION DE SU POSTQUIRURGICO, CON DOLOR PARCIALMENTE MODULADO POR LO QUE SE AJUSTA ANALGESIA. REQUIERE COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO PAUTADO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIARES CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
SE AJUSTA ANALGESIA: SE ADICIONA ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS
RESTO DE MANEJO MEDICO INSTAURADO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 GR VO CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

***** FECHA: 23.10.17-23:44:28 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: 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 DEL POP, POR ORTOPEDIA, CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 23.10.18-01:10:13 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: 23.10.18-06:11:02 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. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

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 110/70 FR: 18 T: 36.8 FC: 76 SATO2: 96%
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. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO 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.

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

**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
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: 7, 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
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

- 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: 23.10.18-10:46:51 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. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:

36

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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 125/75 FR: 19 T: 36.1 FC: 80 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. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS

PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, QUIEN SE ENCUENTRA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION, PARA POSTERIOR OSTEOSINTESIS DEFINITIVA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.10.18-16:26:06 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MÈDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO + SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE PIE DERECHO (16/10/2023)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO: EN COMPAÑIA DE FAMILIAR. REFIERE SENTIRSE BIEN, DOLOR CON ADECUADA MODULACION, NO FIEBRE, NO DISNEA, TOLERA VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA.

OBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.
AL EXAMEN FÍSICO CON SIGNOS VITALES: TA 117/64 FR: 19 T: 36.3 FC: 62 SATO2: 99%

35

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

NORMOCEFALO, HIDRATADO, ESCLERAS ANICTERICAS, 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. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, QUIEN SE ENCUENTRA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION, PARA POSTERIOR OSTEOSINTESIS DEFINITIVA. SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.10.18-20:54:05 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. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO + SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE PIE DERECHO (16/10/2023)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S: ME SIENTO BIEN, DOLOR MODULADO
O:
TA 115/60 FR: 16 T: 36.2 FC: 65 SATO2: 99%

NORMOCEFALO, HIDRATADO, ESCLERAS ANICTERICAS, 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

34

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR, SIN DATOS DE SIRS, EN PLAN DE CONSOLIDAR MANEJO ANTIBIOTICO PARA POSTERIORMENTE DEFINIR OTS, CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO.

***** FECHA: 23.10.19-01:38:52 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR, SIN DATOS DE SIRS, EN PLAN DE CONSOLIDAR MANEJO ANTIBIOTICO PARA POSTERIORMENTE DEFINIR OTS, CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
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
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: 7, 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: 23.10.19-06:04:34 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. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO + SUTURA DE HERIDA COMPLEJA DE PIE DERECHO (16/10/2023)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

33

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S: ESTOY BIEN, DOLOR MODULADO
O:
TA 105/62 FR: 16 T: 36.4 FC: 67 SATO2: 99%

NORMOCEFALO, HIDRATADO, ESCLERAS ANICTERICAS, 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. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO, LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS:
PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR, SIN DATOS DE SIRS, EN PLAN DE CONSOLIDAR MANEJO ANTIBIOTICO PARA POSTERIORMENTE DEFINIR OTS, CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO.

***** FECHA: 23.10.19-09:39:54 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. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUJBETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN, NO DLOR AGUDO, NO FIEBRE NO VOMITO.

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 101/64 FR: 18 T: 36.1 FC: 80 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. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA

32

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

EPICRISIS No. 60356

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, QUIEN SE ENCUENTRA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.10.19-15:59:02 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUJBETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA.

AL EXAMEN FÍSICO CON SIGNOS VITALES TA 109/52 FR: 18 T: 36.2 FC: 79 SATO2: 99%
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. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, QUIEN SE ENCUENTRA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

31

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

***** FECHA: 23.10.19-23:11:30 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 PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE 1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO + 2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO + 3. CONTUSIONES EN 1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023). REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA. AÑ EXAMEN FISICO EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO SUROPEDICA CUBIERTA CON VENDAJE ELASTICO SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECIONES,

PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION.

***** FECHA: 23.10.20-07:09:47 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 PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S:/ REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A: 97/54 MM HG, FC: 59 X MIN, FR: 19 X MIN SaO2: 99%, T°: 36.2°C,

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, 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

30

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

EPICRISIS No. 60356

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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, MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO SUROPEDICA CUBIERTA CON VENDAJE ELASTICO SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECIONES,

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 HOSPITALIZACION.

P:/ SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
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
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: 7, 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.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- 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.

***** FECHA: 23.10.20-11:15:34 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:

29

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

S:/ REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A: 106/71 MM HG, FC: 75 X MIN, FR: 20 X MIN SaO2: 97%, T°: 36.3°C,
CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, 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, MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO SUROPEDICA CUBIERTA CON VENDAJE ELASTICO SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECIONES,
NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalización, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

ANALISIS

PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, QUIEN SE ENCUENTRA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION HOY DIA 4/5, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA PACIENTE FAMILIAR QUIENES MANIFIESTAN ENTERDER Y ESTAR DE ACUERDO.

PLAN
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.10.20-15:59:12 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

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

EPICRISIS No. 60356

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO (16/10/2023)

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUJBETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR AGUDO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA.

AL EXAMEN FÍSICO CON SIGNOS VITALES TA 103/64 FR: 19 T: 36.2 FC: 84 SATO2: 99%
NORMOCEFALO, HIDRATADO, ESCLERAS ANICTERICAS, 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. MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON INMOVILIZACION SUROPEDICO CON FERULA DE YESO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE. SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW: 15/15.

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, EDEMA TOLERABLE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR, QUIEN SE ENCUENTRA INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, CONSOLIDANDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO (HOY DIA 4/5) DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION. SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.10.20-21:07:57 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. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

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: 115/72 FR: 18 T: 36.5, P: 78 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 MANEJO DADA LA COMPLEJIDAD DE LA LESION, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 23.10.21-00:51:23 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: 23.10.21-06:00:35 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. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

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 110/72 FR: 18 T: 36.8 FC: 75 SATO2: 96%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS.
CUELLO MÓVIL NO DOLOR.

26

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

VÍA AÉREA PERMEABLE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR.
NO SANGRADO ACTIVO.
ABDOMEN SIN DOLOR.
PELVIS ESTABLE.
NEUROLOGICAMENTE ESTABLE.
DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA,
EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. A NIVEL SUROPEDICO DERECHO PRESENTA INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.

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:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DAR 1 GR VO CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL
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
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: 7, 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: 23.10.21-11:03:39 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

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

73

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO.
2. HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO
3. CONTUSIONES.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y CURETAJE 5TO METATARSIANO DERECHO. SUTURA DE HERIDA COMPLEJA PIE DERECHO, (16/10/2023).

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. NIEGA.

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/110/70; FC/76 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.1 °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 VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA A NIVEL SUROPEDICO DERECHO, INMOVILIZACCION CON FERULA DE YESO SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETID PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS
PACIENTE CON DIGNOSTICOS 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:
TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL (ANTIBIOTICO) TAB 160/800mg, TOMAR 2 TAB CADA 12 HORAS.---------- 20 TAB, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER
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 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20

** INCAPACIDADES:

29

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

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 UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON ISODINE SOLUCION O RIFOCINA POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR 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.
- 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 CUERVO.
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: 23.10.21-11:05:50 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.

***** FECHA: 23.10.21-11:05:51 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)***

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

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.21-11:05:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

23

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

EPICRISIS No. 60356

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 23.11.02-16:05:04 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONSULTA OTOP

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 16/10/2023 CON FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO MAS HERIDA EXTENSA EN EL PIE ALA CUAL SE LE REALIZO CURETAJE REDUCCION ABIERTA DE LA FRACTURA MAS SUTURA DE HERIDA EN PIE ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENA

** SIGNOS VITALES:

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HERIDA LIMPIA SECA NO SECRESION CON LEVE EDEMA EN DORSO DE PIE MARCHA EN APOYO CON MULETAS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

SE INDICA REALIZAR CURACION # 1

** ORDENES MEDICAS:

SE INDICA RETIRO DE PUNTOS
SE INDICA APOYAR
CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES

22

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

*** FECHA: 23.11.02-16:14:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
SE INDICA REALIZAR CURACION # 1
SE INDICA RETIRO DE PUNTOS
SE INDICA APOYAR
CONTROL ORTOPEDIA EN 1 MES

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.02-16:14:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS INICIO: 2023.11.15 FIN: 2023.11.29

*** FECHA: 23.11.02-16:30:03 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: 16:20 / 16:30 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 18 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE SUTURA DE HERIDA EN PIE CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

16:20H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 10 CM APROXIMADAMENTE EN DORSO DE PIE DERECHO, 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 + CURACION, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

16:30H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

21

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

EPICRISIS No. 60356

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

DOC.IDENT:	CC 1120865256	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	VEREDA SATIAS BAJO		
FCHA.NACTO:	2005.08.13	EDAD:	18 A	CIUDAD:	ALGECIRAS	TEL:	3125818970
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:					

DIAGNOSTICOS AL EGRESO — **TIPO** — **GRADO**

CONFIRMADO: S913 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
RELACIONADO 1: S923 - FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

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 Rodriguez Meneses
Médico Cirujano General
T.P. 1.031.151.920
FUNC

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

20

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16614

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -168407 Fecha 16/10/23

Nombre Paciente: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS 1120865256 Edad: 18 Sexo: M

Hora inicio 19:20 Hora fin: 20:20 Duraci¾n: 00:59 Tipo de Anestesia: BLOQUEO

Cirujano: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Ayudante: OAR- OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	1. S913-|HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
2. S923-FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	2. S923-FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
13501	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, DE HUESOS PIE (EXCEPTO FALANGES)	HJC	1 - 1i Interv 100%
15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE	HJC	1 - 1i Interv 100%
15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:

FRACTURA ABIERTA DE 5TO METATARSIANO DERECHO + HERIDA COMPLEJA DE 10 CM CON COMPROMISO PROFUNDO, CONTAMINADA.

DESCRIPCION:

" PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
" ANESTESIA GENERAL
" ASEPSIA Y ANTISEPSIA
" COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
" IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS
" POR VIA 1, SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO CON SSN0.9% Y DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA MAS CURETAJE DE FOCO DE FRACTURA HASTA QUEDAR SIN MATERIAL INERTE APARENTE, REMODELACION DE BORDES MACERADOS QUEDANDO HERIDA DE 15CM, POSTERIORMENTE SE REALIZA SUTURA DE LA HERIDA A 11CM CON PUNTOS SEPARADOS, QUEDANDO UN DEFECTO DE COBERTURA DE 4 CM CUADRADOS, POR LO QUE SE DISEÑA COLGAJO LOCAL FACIOCUTANEO, SE ROTA CON ADECUADA COBERTURA Y FIJA CON PUNTOS SEPARADOS.
" POR ULTIMO, SE REALIZA INMOVILIZACION CON FERULA YESADA.
" SIN COMPLICACIONES.
" SANGRADO ESCASO.

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

Dr. HECTOR CUERVO RAMIREZ Ortopedista y Traumatologo RM. 27153 FUNPAZ 380

CIRUJANO

19

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1120865256

ADMISION N_: 168407

NOMBRE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS **Num. Id-:** CC 1120865256
FECHA NACIMIENTO: 2005.08.13 **EDAD:** 18 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 **HORA DE INGRESO:** 20:46:21 **Fecha/Hora de registro:** 2023.10.16 20:46
DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO **CIUDAD:** ALGECIRAS **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125818970
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** ALCIDES CAVIEDES
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.10.16

<< REGISTRO: 20:46:21 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CFI CONSULTA DE FISIOTERAPIA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA
REMITIDO DE URGENCIAS

REVISION POR SISTEMA
NIEGA

ANTECEDENTES
--><<2023.10.16-14:11:44>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.U. 168397
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

--><<2023.10.16-20:46:21>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)
H.PREQX: 168407
NIEGA

--><<2023.10.17-01:23:08>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 168411
NIEGA

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 110/70 **FC:** 70 **FR:** 18 **Tmp:** 36.5 **PESO:** 60 **TALLA:** 165

EXAMEN FISICO
CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA,SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES SIMETRICAS, HERIDA EN DORSO DE PIE DE 10 CM APROXIMADAMENTE AFRONTADA, CON CONTAMINACION ORGANICA Y BORDES IRREGULARES
ALERTA, NO FOCALIZADO

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

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

1120865256

ADMISION N_: 168407

NOMBRE: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS **Num. Id-:** CC 1120865256
FECHA NACIMIENTO: 2005.08.13 **EDAD:** 18 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
FECHA DE INGRESO: 2023.10.16 **HORA DE INGRESO:** 20:46:21 **Fecha/Hora de registro:** 2023.10.16 20:46
DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO **CIUDAD:** ALGECIRAS **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3125818970
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:** ALCIDES CAVIEDES
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

EVOLUCION
PACIENTE CON INDICACION DE MANEJO QX, SE TRASLADA A SALA DE CX, SEGUN DISPONIBILIDAD

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON INDICACION DE MANEJO QX, SE TRASLADA A SALA DE CX, SEGUN DISPONIBILIDAD

<< REGISTRO: 20:46:38 >> (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)

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

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.16-20:46:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:**
FECHA DE EGRESO: 2023.10.16 **HORA DE EGRESO:** 20:46:30 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ
Registro Medico: 244

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: _____

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE Junior Alexis Cabrera Tovar EDAD 18 SEXO: F ☐ M ☐

IDENTIFICACION: C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 1120862256 DE

FECHA DE ATENCION: 16.10.2023

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA Desbridamiento + cierre Do

CIRUGIA A REALIZAR: expuesta de mitad tercio + colgajo Gastro

Trasferal + Injerto de piel cuello

ANTECEDENTES: QX: ☐ PX: ☐ T-A: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE Negados

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto. PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: 129/67 Fc 84 Fr 19 PESO KG TALLA CM

SENSORIO Consciente COMPLEXION Normal PROTESIS NO LENTES NO

APERTURA ORAL > 4 DISTANCIA MENTOGLOTICA > 6 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:	✓		
TORAX: RsCS	✓		
RsRS	✓		Herida abierta en tercio de
ABDOMEN:	✓		cara lateral izquierda de cuello con exposición
PELVIS:	✓		de tejidos profundos.
GENITALES:	✓		
EXTREMIDADES:		✓	
	✓		
NEUROLOGICO:	✓		

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: I CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. BAJO INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES: Ninguna Herida cuello

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO PACIENTE

R.M. C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Cabrera	Tejada	Juan Alexis	20865756

FECHA				EDAD			SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
16	10	2023		18			H ☒ M ☐	1.62		1 2 3 4 5 U
Día	Mes	Año	Hora	Años	Meses	Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cirugía			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO:

OPERACION PROPUESTA

HISTORIA Y ANTECEDENTES: 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
IOT SI ____ NO ____

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

			TIPO
			BLOQUEO
			PERIDURAL
			ESPINAL
			GENERAL

RESUMEN Y PLAN

ESTADO PSICOLOGO

PREFIERE	ACEPTA	RECHAZA		
			NECESITA SANGRE	C.C.

PREMEDICACION

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: C

REPARACION: E, A, C

42	180
40	160
38	140
36	120
34	100
32	80
30	60
28	40
26	20
	1

HORA

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

RECUPERACION	Positivo
CONCIENCIA	Positivo
DIURESIS	Positivo
SENSIBILIDAD	Positivo
PIEL	Rosada Hidratada
HEMORRAGIA	Negativo
REFLEJOS	Positivo
MOTILIDAD	Positivo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa en camilla bajo anestesia bloqueo epidural total TA: 112/78 mmHg, FC: 88 x', SPO2: 99% sin complicaciones.

TOTALES			
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Repetir

FIRMA

15

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

ANESTESIA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION ∅

INICIACION Y FINALIZACION ◉

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀ a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ▬

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES 1 2 3 4 5

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,17-Nov-2023 10:42:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.10.1 13:49
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 18 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS 1 NIVEL I ALGECIRAS VEREDA SATIAS BAJO 3125818970

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.10.16	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LLR	15.00
2023.10.16	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	LLR	60.00
2023.10.16	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LLR	20.00
2023.10.16	ROP	SIMPLE	BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP	LLR	1.00
2023.10.16	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LLR	4.00
2023.10.16	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	LLR	3.00
2023.10.16	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH	LLR	2.00
2023.10.16	BRA	VICRYLNOV	VICRYL SUTURA # 1	LLR	1.00
2023.10.16	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LLR	300.00
2023.10.16	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LLR	300.00
2023.10.16	WE	AGUJA	AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE	LLR	1.00
2023.10.16	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LLR	2.00
2023.10.16	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LLR	2.00
2023.10.16	MDP	JERINGA 20	JERINGA 20 ML 21G X 1/2	LLR	1.00
2023.10.16	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	LLR	2.00
2023.10.16	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	LLR	2.00
2023.10.16	MAS	VENDA DE	VENDA YESO DE 6X5	LLR	2.00
2023.10.16	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LLR	20.00
2023.10.16	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LLR	8.00
2023.10.16	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	LLR	1.00
2023.10.16	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LLR	1.00
2023.10.16	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LLR	4.00
2023.10.16	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	LLR	4.00
2023.10.16	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LLR	2.00
2023.10.16	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LLR	2.00

PACIENTE: 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS **EDAD:** 18

DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO **TELEFONO:** 3125818970

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59511 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.16 **Nº POLIZA:** 8112957700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 17 de octubre de 2023						
02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
14:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	DANI	
14:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	DANI	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	LMS	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	LMS	
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	LMS	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	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: 42.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 18 de octubre de 2023						
00:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	
02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
02:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI	
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	

PACIENTE: 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS **EDAD:** 18

DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO **TELEFONO:** 3125818970

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59511 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.16 **Nº POLIZA:** 8112957700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
08:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	MFA	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
14:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	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	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	MFA	
14:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	MFA	
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	YCE	
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	YCE	
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	YCE	
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	YCE	
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	YCE	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	YCE	
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	YCE	
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	YCE	
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	YCE	

TOTAL SUMINISTRADO: 47.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 19 de octubre de 2023

00:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MLD
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MLD
02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MLD
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MLD
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MLD
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD
08:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	YCE
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	YCE
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	MFA
16:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	MFA
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
22:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	MFA
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	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

12

PACIENTE: 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS **EDAD:** 18

DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO **TELEFONO:** 3125818970

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59511 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.16 **Nº POLIZA:** 8112957700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO

TOTAL SUMINISTRADO: 36.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 20 de octubre de 2023

00:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	DANI
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	DANI
02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
02:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI
08:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	LMS
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	LMS
14:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS
14:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS
14:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS
14:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS
14:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	LMS
14:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	LMS
14:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	LMS
14:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	LMS
16:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	DANI
16:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DANI
22:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
22:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
22:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI
22:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI
22:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI
22:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI

TOTAL SUMINISTRADO: 48.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 21 de octubre de 2023

00:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	NOCHE	MFA
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
02:00:00	AMIKACINA 500 MG / 2 ML	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA
02:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA

PACIENTE: 1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS **EDAD:** 18

DIRECCION: VEREDA SATIAS BAJO **TELEFONO:** 3125818970

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-59511 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.16 **N° POLIZA:** 8112957700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
02:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
06:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
08:00:00	ACETAMINOFEN 500 MG	2.00	ORAL	DIA	YCE	
08:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	YCE	

TOTAL SUMINISTRADO: 23.00

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 169430

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -169430 **Fecha** 2023/11/2

Nombre Paciente: CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS - 1120865256 **Edad:** 18 **Sexo:** M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S929-FRACTURA DEL PIE, NO ESPECIFICADA
3. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
4. S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE
5. Z478-OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA ORTOPEDIA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

scripci¾n: USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 18 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE SUTURA DE HERIDA EN PIE CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

15:44H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 10 CM APROXIMADAMENTE EN DORSO DE PIE DERECHO, 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 + CURACION, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION

16:03H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Joosman Paque
QUIEN REALIZA

Dora Losada
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,17-Nov-2023 10:43:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 43 CURACIONES

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.11.0 16:20

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 18 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1120865256 CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS 1 NIVEL I ALGECIRAS VEREDA SATIAS BAJO 3125818970

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.11.02	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	PGJ	1.00
2023.11.02	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00
2023.11.02	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.11.02	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00
2023.11.02	ME	VENDA	VENDA ELASTICA DE 4X5	PGJ	1.00
2023.11.02	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	PGJ	1.00
2023.11.02	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	10.00

HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10271165
16/10/2023 11:38:00
Historia Clínica No.
1120865256

IDENTIFICACION

Paciente : JUNIOR ALEXIS CAVIEDEZ LOSADA **Identificación No.:** CC No. 1120865256
Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS **Fecha Nacimiento:** 13 - ago. - 2005
Pais: COLOMBIA **Departamento:** HUILA **Ciudad:** ALGECIRAS **Edad:** 18 Años **Sexo** M
Dirección: V. SATIAS (V. SATIAS) **Teléfonos:** 3214578954

LLEGADA DEL PACIENTE

Fecha: lunes, 16 de octubre de 2023 **Hora:** 11:01 **Paciente Llega por sus propios medios?** Sí **Cual**
Acompañante:
Dirección: **Tel.** **Estado:**

En caso de accidente, Intoxicación o violencia

Fecha: **Hora:**
Causa Básica que origina la atención **Sitio**

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
'ME CAÍ DE LA MOTO"

Antecedentes

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE VEREDA SATÍAS, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN COMPAÑÍA DE SU MADRE DORA LOSADA, REFIRIENDO QUE A LAS 11 AM SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CUANDO TRANSITABA POR LA AVENIDA QUINTA BARRIO CENTRO, Y COLISIONA CON AUTOMÓVIL, CON POSTERIOR TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, GENERA LESION E NIVEL DE CARA VENTRAL, REFIERE LIMITACIÓN PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO Y DISMINUCIÓN DE SENSIBILIDAD EN 3, 4 Y 5 DEDO. POR LO CUAL DECIDEN ACUDIR.

DATOS: MARCA KTM, PLACA PLW09G, NºPÓLIZA 8112957700.

REVISION POR SISTEMAS

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 FISICO

Presión Arterial: 128 / 85 //Frecuencia Cardiaca: 91 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 60 //Talla: 168 //I.M.C.: 21.26 //Saturacion Oxigeno: 98 //PAM: 99.33

EXAMEN FÌSICO
*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 megallas *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, *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

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Conversación orientada	Obedece ordenes	15/ 15

Causa externa de la consulta: Accidente de tránsito

IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (S967) TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO
- Relacionado1: (V294)CONDUCTOR DE MOTOCICLETA LESIONADO POR COLISION CON OTROS VEHICULO DE MOTOR, Y CON LOS NO ESPECIFICADOS, EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO EN LA 2DA DÉCADA DE LA VIDA, SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA, CURSANDO CON CUADRO TRAUMÁTICO AGUDO EN PIE DERECHO, EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA, A LA VALORACIÓN ALERTA, ÁLGICO, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO SIRS, NO COMPROMISO VENTILATORIO, NO DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, NO SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, CONSIDERANDO TRAUMATISMO TENDINOSO, SE

HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Atención No. 10271165
16/10/2023 11:38:00
Historia Clínica No.
1120865256

DECIDE VALORACIÓN EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, POR EL MOMENTO, SE INDICA LAVADO DE HERIDA, AFRONTAMIENTO CON PUNTOS DE SUTURA, PROFILAXIS TOXOIDE, PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, MANEJO ANALGÉSICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR.

NOTA DE PROCEDIMIENTO
SE LE EXPLICA AL PACIENTE PROCEDIMIENTO A LLEVAR Y ESTE ACEPTA TERMINOS Y CONDICIONES; SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS SE REALIZAR LAVADO DE HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA E ISODINE ESPUMA, POSTERIORMENTE PACIENTE HASTA SALA DE SUTURAS, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA HERIDA CON LIDOCAÍNA SIN EPINEFRINA AL 2%, SE PROCEDE A AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON PROLENE 3.0 (1 UNIDADES) LOGRANDO CIERRE DE HERIDA Y HEMOSTASIA, CON PUNTOS TIPO SIMPLE (3 EN TOTAL) QUEDA HERIDA CUBIERTA CON GASA.

Conducta a seguir:

SE ASIGNAN LAS SIGUIENTES ORDENES:
292246 - LIZETH YULIETH OBANDO MORENO (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 11:50

1 - CEFALOTINA 1G AMPOLLA 1 GR Solución inyectable 2 GR IV

292245 - LIZETH YULIETH OBANDO MORENO (MEDICINA GENERAL) Fecha: 16/10/2023 Hora: 11:49

1 - REMISIÓN ORTOPEDIA
2 - PROTOCOLO SEGURIDAD PACIENTE
3 - TAPON HEPANIMIZADO UNIDAD ACCESO
4 - SODIO CLORURO SOLUCION INYECTABLE 0 9 POR CIENTO SUERO FISIOLOGICO BOLSA 500 ML 09 PORCIENTO 500 ML Solución inyectable DILUCIONES
5 - TRAMADOL 50 MG SOLUCION INYECTBLE 50 MG Solución inyectable 50 MG SC AHORA
6 - DIPIRONA SODICA 1 GR 2 ML SOLUCION INYECTABLE 1G 2 ML Solución inyectable 1 GR IV, LENTO Y DILUIDO
7 - PROLENE 3 0 3 0 SUTURA
8 - LIDOCAINA 2 SIN EPINEFRINA 50 ML SOLUCION INYECTABLE 50 MG Solución inyectable SUTURA
9 - CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SO
10 - TOXOIDE DIFTERICO TETANICO SOLUCION INYECTABLE 05 ML 0.5 ML Inyectable SC AHORA
11 - SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE EN ÁREA GENERAL
12 - CSV, AC

Dra. Lizeth Yulieth Obando M.
MEDICO GENERAL UT
C.C. 1110 574 956

ATENCION ABIERTA

LIZETH YULIETH OBANDO MORENO
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1110574956
Firma profesional que da ingreso al paciente

HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813001653
Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10054607
Historia Clínica No.
1120865256

Fecha de remisión lunes, 16 de octubre 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
JUNIOR ALEXIS CAVIEDEZ LOSADA	CC: 1120865256	13-ago-2005	COLOMBIA	HUILA	ALGECIRAS	18 Años	M

Dirección:	Teléfonos:	Departamento	Ciudad	Zona
V. SATIAS, V. SATIAS	3214578954	HUILA	ALGECIRAS	R

SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE
Entidad LA EQUIDAD SEGUROS **Regimén** Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre responsable:
Dirección de residencia:
Departamento: 00
Documento: CC:
Teléfono:
Ciudad: 00000

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso:	lunes, 16 de octubre de 2023	**Fecha de Egreso:**	lunes, 16 de octubre 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	11:57	**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 CAÍ DE LA MOTO"

His.Enfermedad Actual:
PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE VEREDA SATÍAS, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN COMPAÑÍA DE SU MADRE DORA LOSADA, REFIRIENDO QUE A LAS 11 AM SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA CUANDO TRANSITABA POR LA AVENIDA QUINTA BARRIO CENTRO, Y COLISIONA CON AUTOMÓVIL, CON POSTERIOR TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, GENERA LESION E NIVEL DE CARA VENTRAL, REFIERE LIMITACIÓN PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO Y DISMINUCIÓN DE SENSIBILIDAD EN 3, 4 Y 5 DEDO. POR LO CUAL DECIDEN ACUDIR.

DATOS: MARCA KTM, PLACA PLW09G, N°PÓLIZA 8112957700.

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 FÌSICO
*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: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, *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: 128 / 85 //Frecuencia Cardiaca: 91 //Temperatura: 36 //Frecuencia Respiratoria: 18 //Peso: 60 //Talla: 168 //I.M.C.: 21.2585034013605 -

Apertura de Ojos	Respuesta Verbal	Respuesta Motora	Escala Glasgow
Espontanea	Conversación orientada	Obedece ordenes	15/ 15

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

5

HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813001653
Calle 4 No. 1 - 40

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Remisión No. 10054607
Historia Clínica No.
1120865256

- Principal (S967) TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO
- Relacionado1: (V294)CONDUCTOR DE MOTOCICLETA LESIONADO POR COLISION CON OTROS VEHICULO DE MOTOR, Y CON LOS NO ESPECIFICADOS, EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Analisis Dx PACIENTE MASCULINO EN LA 2DA DÉCADA DE LA VIDA, SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA, CURSANDO CON CUADRO TRAUMÁTICO AGUDO EN PIE DERECHO, EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA, A LA VALORACIÓN ALERTA, ÁLGICO, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO SIRS, NO COMPROMISO VENTILATORIO, NO DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, NO SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, CONSIDERANDO TRAUMATISMO TENDINOSO, SE DECIDE VALORACIÓN EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, POR EL MOMENTO, SE INDICA LAVADO DE HERIDA, AFRONTAMIENTO CON PUNTOS DE SUTURA, PROFILAXIS TOXOIDE, PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, MANEJO ANALGÉSICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR.

NOTA DE PROCEDIMIENTO
SE LE EXPLICA AL PACIENTE PROCEDIMIENTO A LLEVAR Y ESTE ACEPTA TERMINOS Y CONDICIONES; SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS SE REALIZAR LAVADO DE HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA E ISODINE ESPUMA, POSTERIORMENTE PACIENTE HASTA SALA DE SUTURAS, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA HERIDA CON LIDOCAÍNA SIN EPINEFRINA AL 2%, SE PROCEDE A AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON PROLENE 3.0 (1 UNIDADES) LOGRANDO CIERRE DE HERIDA Y HEMOSTASIA, CON PUNTOS TIPO SIMPLE (3 EN TOTAL) QUEDA HERIDA CUBIERTA CON GASA.

Diagnóstico por el cual se remite: S967 TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO

CRITERIO Y JUSTIFICACION

PACIENTE MASCULINO EN LA 2DA DÉCADA DE LA VIDA, SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA, CURSANDO CON CUADRO TRAUMÁTICO AGUDO EN PIE DERECHO, EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA, A LA VALORACIÓN ALERTA, ÁLGICO, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO SIRS, NO COMPROMISO VENTILATORIO, NO DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, NO SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, EN CARA VENTRAL DE PIE DERECHO SE EVIDENCIA HERIDA IRREGULAR DE APROX 5 CM DE LONGITUD Y 10 CM DE PROFUNDIDAD QUE COMPROMETE BASE DE 3,4 Y 5 DEDO, SANGRADO MODERADO, SE EVIDENCIA LESIÓN DE EXTENSÓN COMUN DE LOS DEDOS, LIMITACIÓN PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS MENCIONADOS, LLENADO CAPILAR <3SEG, POR TANTO, CONSIDERANDO TRAUMATISMO TENDINOSO, SE DECIDE VALORACIÓN EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, POR EL MOMENTO, SE INDICA LAVADO DE HERIDA, AFRONTAMIENTO CON PUNTOS DE SUTURA, PROFILAXIS TOXOIDE, PROFILAXIS ANTIBIÓTICA, MANEJO ANALGÉSICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR.

NOTA DE PROCEDIMIENTO
SE LE EXPLICA AL PACIENTE PROCEDIMIENTO A LLEVAR Y ESTE ACEPTA TERMINOS Y CONDICIONES; SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS SE REALIZAR LAVADO DE HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA E ISODINE ESPUMA, POSTERIORMENTE PACIENTE HASTA SALA DE SUTURAS, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA HERIDA CON LIDOCAÍNA SIN EPINEFRINA AL 2%, SE PROCEDE A AFRONTAMIENTO DE HERIDA CON PROLENE 3.0 (1 UNIDADES) LOGRANDO CIERRE DE HERIDA Y HEMOSTASIA, CON PUNTOS TIPO SIMPLE (3 EN TOTAL) QUEDA HERIDA CUBIERTA CON GASA.

Resultados Exames

LIZETH YULIETH OBANDO MORE
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1110574956

Dra. Lizeth Yulieth Obando M.
MEDICO GENERAL UT
C.C. 1110 574 956

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1120865256
NOMBRES	JUNIOR ALEXIS
APELLIDOS	CABIEDES LOSADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	15/06/2006	31/10/2013	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/27/2023 10:48:44	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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029410519

PLACA: PLW09G	MARCA: KTM	LINEA: 200 DUKE L	MODELO: 2023
CILINDRADA CC: 199	COLOR: NARANJA NEGRO		SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ: 2
NÚMERO DE MOTOR: P93602485	REG: N	VIN: VBKJPC404PE021313	
NÚMERO DE SERIE: VBKJPC404PE021313	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: VBKJPC404PE021313	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): PERDOMO ARIAS KELLY ALEXANDRA — IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075268719

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 25

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 48202300020976 2

I/E: I

FECHA IMPORT.: 10/04/2023

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******

FECHA MATRÍCULA: 26/06/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.: 26/06/2023

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LTO7OD2463417

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC AÑO MES DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO MES DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DÍA
2023-06-22	2023-06-23	2024-06-22

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8112957700	PLW09G	MOTOS	PARTICULAR	199	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	KTM	
	LÍNEA VEHÍCULO: 200 DUKE L	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
P93602485	VBKJPC404PE021313	VBKJPC404PE021313	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
PERDOMO ARIAS, KELLY ALEXANDRA	3165517662	CC	1075268719	ALGECIRAS

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 181700	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278200

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	263,13 [1] 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	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 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 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 663 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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/17

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-FEC1-54739 fechada el dia 23.11.24 cuyo paciente es CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

HISTORIA No. 1120865256

GLOSA No: ZGL-1-42868 **SINIESTRO:** 54739

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

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

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

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

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: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 55100.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

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

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.

Recibido!
22 de Enero del 2024
20237395
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: 2024/01/17

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-FEC1-54739 fechada el dia 23.11.24 cuyo paciente es CABIEDES LOSADA JUNIOR ALEXIS

HISTORIA No. 1120865256

GLOSA No: ZGL-1-42868 **SINIESTRO:** 54739

>> 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

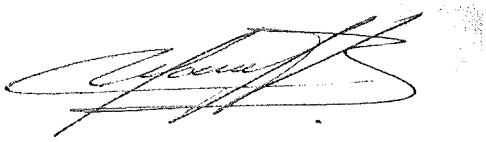
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	55100.00	

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

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	6,732,310.00
VALOR GLOSADO :	110200.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	110200.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227492	**No.**	186417	**Siniestro**	90728591	**No. Factura**	FEC154739		
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	16/10/2023	**Fecha aviso**	21/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023		
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	811295770	**Vigencia**	23/06/2023	**hast**	22/06/2024
Id tomador	1075268719	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1120865256	**Nombre**	JUNIOR ALEXIS CABIEDES LOSADA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos						**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15142	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO Y FASCIOCUTÁNEO		100%	799,000	0	799,000
1	39111	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 13		100%	473,300	0	473,300
1	39124	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 13		100%	229,400	0	229,400
1	39215	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 13		100%	1,233,300	0	1,233,300
1	39304	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13		100%	584,900	0	584,900
1	15111	SUTURA HERIDAS MULTIPLES, EXCEPTO CARA (MÁS DE TRES O UNA EXTENSA DE MÁS DE 10 CMS)		100%	194,200	0	194,200
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08		100%	50,900	0	50,900
1	13501	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA, DE HUESOS PIE (EXCEPTO FALANGES)		100%	109,000	0	109,000
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	71,300	0	71,300
1	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA GRUPO 05		100%	194,500	0	194,500
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	119,300	0	119,300
5	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	1,563,000	0	1,563,000
1	77702	INSUMOS			78,200	0	78,200
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	716,210	0	716,210
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39139 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996. NO SE RECONOCE 39137 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	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. NO SE RECONOCE 39137 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	100%	55,100	55,100	0
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	64,500	0	64,500

1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08		100%	114,700	0	114,700

1001	**Cobrado**	**6,732,310**
1002	**Obj. Parcial**	**110,200**
1003	**Liquidado**	**6,622,110**

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.

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 ,2023.11.29	09:18:19	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54859

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 169589,170277
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2023.11.05 - 21:47 2023.11.20 - 10:29

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1081160582 LAVAO QUESADA JAIDER EDAD : 25 Años
DIRECCION: CONJUNTO LA UNION NEIVA TELEFONO: 3132328374
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	5-Nov-2023	S55101					TVP	2	86,100	172,200
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								4	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	0	0
935100	VENDA YESO DE 5X5								3	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								3	0	0
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								1	3,758	3,758
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
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	2023.11.05	873206					TVP	1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.05	873206					TVP	1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.05	873206					TVP	1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.05	873121					TVP	1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.05	873121					TVP	1	81,400	81,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2023.11.05	879510					TVP	1	531,000	531,000
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.11.05	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.11.05	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.11.05	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
CABEST	CABESTRILLO GASA N-A	2023.11.05	CABESTRILL					TVP	2	0	0
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL	2023.11.05	935304					TVP	2	70,000	140,000

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:
CODIGO DEL COMERCIO
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 ***00.110*** ***una vigencia de: 12 Meses***
Modalidad ELECTRONICA L ***0000 AUTORIZA***
Cufe: afc91822c5a4d90748dcfc2eb90e215a9dbb37fe[illegible]e076[illegible] [illegible]03c7[illegible]
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia JJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta I (A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227493

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:02:10 PM
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. FEC154859

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
afc91822c5a4d90748dcfc2eb90e215a9dbb37fe7e076e2ffea95918ed6dc48ba6e148fb6a434afe226b03c73bb94dcb

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1885258

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
caf89c1f1f393b7370c690917be6b05904124161cfbae318eeb057505ff6663e58eeeda11fe42830ddc4a7c6db533c73

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 09:21:26.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154859

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
afc91822c5a4d90748dcfc2eb90e215a9dbb37fe7e076e2ffea95918ed6dc48ba6e148fb6a434afe226b03c73bb94dcb

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

CUDE:
c62576792ad2efcb805c5a09484871657e22afd3b32191ff8ebd72437b1c11f4efa96caa61df58c6fb2778068bf5d7ff

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 02:28:44.000 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:
fb143dd42c4d119f1bfa1eccb456bdd998a4f18c689a74dd533c55cb614935718af6964414d07e9b82bcdc3d26d9dd97

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 05:46:58.000 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

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. FEC154859

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
afc91822c5a4d90748dcfc2eb90e215a9dbb37fe7e076e2ffea95918ed6dc48ba6e148fb6a434afe226b03c73bb94dcb

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
034377949c17c326bf3f0079f7fd96f46312d0ce5bafafbea5653443c4b93d5aa7a88ce83fb89120a64e6069e4b0ac32

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 05:47:04.000 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

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 ,2023.11.29	09:18:19	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54859

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 169589,170277
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.11.05 - 21:47 | 2023.11.20 - 10:29

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1081160582 LAVAO QUESADA JAIDER EDAD : 25 Años
DIRECCION: CONJUNTO LA UNION NEIVA TELEFONO: 3132328374

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	5-Nov-2023	S55101					TVP	2	86,100	172,200
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								4	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	0	0
935100	VENDA YESO DE 5X5								3	0	0
	VENDA ALGODON 5X5								3	0	0
010201	VENDA ELASTICA DE 5X5								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								1	3,758	3,758
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
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	2023.11.05	873206					TVP	1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.05	873206					TVP	1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.05	873206					TVP	1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.05	873121					TVP	1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.05	873121					TVP	1	81,400	81,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2023.11.05	879510					TVP	1	531,000	531,000
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.11.05	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.11.05	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.11.05	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
CABEST	CABESTRILLO GASA N-A	2023.11.05	CABESTRILL					TVP	2	0	0
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL	2023.11.05	935304					TVP	2	70,000	140,000

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: afc91822c5a4d90748dcfc2eb90e215a9dbb37fe7e076e2ffea95918ed6dc48ba6e148fb6a434afe226b03c73bb94dcb

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

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 ,2023.11.29	09:18:19	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54859

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ O PARCIAL	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.06	890302		FGR				1	64,500	64,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.20	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.05	890701		TVP				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.05	S22101		VAC				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.11.05	S22103		TVP				1	86,100	86,100

VALOR BRUTO:	1,885,258	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,885,258

SON: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.29 09:21:26 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: afc91822c5a4d90748dcfc2eb90e215a9dbb37fe7e076e2ffea95918ed6dc48ba6e148fb6a434afe226b03c73bb94dcb

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

FACTURA:	54859
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,875,858
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 9,400
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 319

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

EUT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro FEC1- 54859

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

LAVAO — 1er.Apellido o Razon Social

QUESADA — 2do.Apellido

JAIDER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT **No. Documento:** 1081160582

De: 41001 **Fecha de Nacimiento:** 1998/08/13 **Sexo:** F[ ] M[X]

Direcci¾n: CONJUNTO LA UNION

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3132328374

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

Condicion del accidentado: Conductor[X] Peaton[ ] 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[ ] Huracßn[ ]

Inundaciones[ ] Avalancha[ ] Desliz. de Tierra[ ] Incendio Natural[ ]

Terroristas: Explosi¾n[ ] Masacre[ ] Mina Antipersonal[ ] Combate[ ]

Incendio[ ] Ataques a Municipios[ ] Desplazados[ ]

Otros[ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 4 VIA NEIVA_YAGUARA

Fecha Evento/Accidente: 2023/11/5 **Hora:** 19:30

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Zona:** U[ ] R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA BGG45F, COLISIONA CON CABALLO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg.[X] No Aseg.[ ] Vehi. Fantasma.[ ] P¾liza falsa[ ] Vehiculo en Fuga[ ]

Marca: AKT **Placa:** BGG45F

Tipo de Servicio: Particular[X] Publico[ ] Oficial[ ] Vehiculo de Emergencia[ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar[ ] Vehi. de transporte masivo[ ] Vehi. Escolar[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si[ ] No[X]

Poliza SOAT No 8111637700 Cobro excedente P¾liza Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: **Desde:** 2023/06/3 **Hasta:** 2024/06/2

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LAVAO — 1er.Apellido o Razon Social

QUESADA — 2do.Apellido

JAIDER — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC **No. Documento** 1081160582

Direccion: CONJUNTO LA UNION

Departamento: HUILA **Cod.** 41

Municipio: NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3132328374 **Total Folios:** 0

31

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 320

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

1er.Apellido	2do.Apellido
LAVAO	QUESADA

1er.Nombre	2do.Nombre
JAIDER	

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] **No. Documento** 1081160582

Direcci¾n: CONJUNTO LA UNION

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3132328374

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U[ ] R[ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/5 **a las** 21:47 **Fecha de Egreso:** 2023/11/20 **a las** 10:29

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso
S422 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO

Diagnostico relacionado de Egreso
S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
TITO	VLADIMIR

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
POLANIA	TORRES

Tipo Documento CC[X] CE[ ] PA[ ] **No. Documento** 7702628

N·mero de Registro de MÚdico 967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1885258	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 60705

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT: CC 1081160582 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CONJUNTO LA UNION
FCHA.NACTO: 1998.08.13 EDAD: 25 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3132328374
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.11.05 HORA DE INGRESO: 21:47
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2023.11.20 HORA DE EGRESO: 10:29
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO1: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.11.05-22:26:00 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 MOTO CON PLACA BGG45F, COLISIONA CON CABALLO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO POR SUS PROPIOS MEDIOS QUIEN REFIERE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL COLISIONAR CON UN CABALLO EN LA VIA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, REFIERE QUE SE ENCONTRABA EN JORNADA LABORAL

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/72 FC: 72 FR: 16 TEMP: 36.2 TALLA: 162 PESO: 84 IMC: 32 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN 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 Cardiacos 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>>

27

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

EPICRISIS No. 60705

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT:	CC 1081160582	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CONJUNTO LA UNION		
FCHA.NACTO:	1998.08.13	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132328374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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, DOLOR A LA PALPACION QUE AUMENTA CON LA MOVILIZACION DE HOMBRO Y BRAZO DERECHO, ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA
<<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 BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

** 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: 23.11.05-22:31:36 MEDICO: / (JEFE ENF. VAC - VALENTINA ARIAS CASAS - C.C. 1075319972 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:27 / 22:36 DURACION: 00:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA ARIAS CASAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD +POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE Y/O FAMILIAR BAJO PREVIA ASEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SE ADMINISTRA DICLOFENACO 75 MG IM EN GLUTEO DERECHO SIN COMPLICACION ALGUNA.

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

EPICRISIS No. 60705

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT:	CC 1081160582	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CONJUNTO LA UNION		
FCHA.NACTO:	1998.08.13	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132328374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

***** FECHA: 23.11.05-23:08:35 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:
RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO FRACTURA HUMERO PROXIMAL

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO FRACTURA HUMERO PROXIMAL

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO FRACTURA CUBITO DISTAL

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA FRACTURA CUBITO DISTAL

RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA FRACTURA CUBITO DISTAL

***** FECHA: 23.11.05-23:12:20 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
POR LOS HALLAZGOS EN BRAZO DERECHO, SE SOLICITA TAC DE HOMBRO Y PASAR A SALA DE YESOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE HOMBRO DERECHO

***** FECHA: 23.11.05-23:54:34 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: ADMINISTRAR 75 MG LENTO DILUIDO , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIOMES, 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.
- CONTINUIAR MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- PREVENIR CAIDAS.
- REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.

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

EPICRISIS No. 60705

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT:	CC 1081160582	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CONJUNTO LA UNION		
FCHA.NACTO:	1998.08.13	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132328374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.
- VALORACION POR ORTOPEDIA

*** FECHA: 23.11.05-23:59:11 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

** 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
SE INMOVILIZA CON FERULA POSTERIOR DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

SE INMOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

*** FECHA: 23.11.06-01:20:47 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 DE HOMBRO DERECHO FRACTURA CONMINUTA DE HUMERO PROXIMAL

*** FECHA: 23.11.06-06:24:06 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 21220 NEUTROFILOS 92,8% PLAQUETAS 247 MIL HEMOGLOBINA 14,5 G/DL

TP: 13,6" TPT 28,6" INR 0,93

LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA POSIBLEMENTE POR EL TRAUMA

*** FECHA: 23.11.06-08:36:39 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 HOMBRO DERECHO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO ,
AL EXAMEN FISICO: HOMBRO DERECHO DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. ANTEBRQAZO IZQ EDEMA Y DOLOR EN CUBITO DISTAL .
NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO
RX ANTEBRAZO IZQ FRACTURA DE CUBITO DISTAL CON DESPLAZAMEINTO ACEPTABLE
TAC DE HOMBRO DERECHO FRACTURA CONMINUTA DE HUMERO PROXIMAL CON DESPLAZAMIENTO ACEPTABLE

24

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

EPICRISIS No. 60705

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT:	CC 1081160582	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CONJUNTO LA UNION		
FCHA.NACTO:	1998.08.13	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132328374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DX: FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO
FRACTURA DE CUBITO DISTAL IZQ CON DESPLAZAMEINTO ACEPTABLE
PLAN: MANTIENE INMOCILIZACION
SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

***** FECHA: 23.11.06-09:16:51 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: 23:25 / 23:55 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	VIA:	QUIEN REALIZA: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
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 IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

SE INMOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.11.06-09:20:05 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO SE CONTINUA MANEJO SE TOMA ESTUDIOS EVIDENCIANDO FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO, FRACTURA DE CUBITO DISTAL IZQ CON DESPLAZAMEINTO ACEPTABLE SE INMOVILIZA, ES VALORADO POR TRAUMATOLOGÍA QUIEN INDICA MANEJO MÉDICO, AHORA PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 125/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** PLAN DE MANEJO:
SALIDA CON:

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 15 DÍAS CON TRAUMATOLOGÍA, CON DOCTOR: GARCIA.

23

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

EPICRISIS No. 60705

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT:	CC 1081160582	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CONJUNTO LA UNION		
FCHA.NACTO:	1998.08.13	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132328374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	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: 7.
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) NO MOJAR INMOVILIZACIÓN, RECONSULTAR SI HUELE FEO FECTIDO ASOCIADO A LOS SINTOMAS INFLAMATORIOS.
7) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS., DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL
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

MANEJO COMPLEMENTARIO:
1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.
2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

*** FECHA: 23.11.06-09:20:59 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: 2023.11.06-09:20:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 23.11.20-10:11:07 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

22

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

EPICRISIS No. 60705

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT:	CC 1081160582	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CONJUNTO LA UNION		
FCHA.NACTO:	1998.08.13	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132328374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE A CONTROL POR PRIMERA VEZ POR FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO CON INMOVILIZACION + FRACTURA DE CUBITO DISTAL IZQUIERDO CON DESPLAZAMEINTO ACEPTABLE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE D ETRANSITO EL DIA 05 DE NOVIEMBRE DEL 2023 CON FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL DERECHO CON INMOVILIZACION + FRACTURA DE CUBITO DISTAL IZQUIERDO CON DESPLAZAMEINTO ACEPTABLE+ INMOVILIZACION

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
BUENO

** SIGNOS VITALES:
TA: 110/75 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 SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMRBO DERECHO: DOLRO A PALPCION DE HUMERO PROXIMAL, LIMITACION SEVREA DE LA MOVILDIAD ARTICULAR
PUÑO IZQUIERDO: AUN DOLOR EN CUBITO DSITAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:
MANTIENE INMOVILIZACION EN PUÑO IZQUIERDO
INMOVILIZACION HOMBRO DERECHO(EN LAS NOCHES)
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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTICAR EN 15 DIAS
RX DE HOMBRO DERECHO
RX DE PUÑO IZQUIERDO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
MANTIENE INMOVILIZACION EN PUÑO IZQUIERDO
INMOVILIZACION HOMBRO DERECHO(EN LAS NOCHES)
TERAPIA EN CASA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 15 DIAS

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

EPICRISIS No. 60705

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: LAVAO QUESADA JAIDER

DOC.IDENT:	CC 1081160582	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CONJUNTO LA UNION		
FCHA.NACTO:	1998.08.13	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132328374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA

*** FECHA: 23.11.20-10:29:47 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
MANTIENE INMOVILIZACION EN PUÑO IZQUIERDO
INMOVILIZACION HOMBRO DERECHO(EN LAS NOCHES)
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
INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.20-10:29:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2023.12.06 FIN: 2024.01.04

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO	CERRADA	
RELACIONADO 1:	S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO	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. 4951502
R.M. No. 12462-52

DR@. FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 169589

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -169589 **Fecha** 2023/11/5

Nombre Paciente: LAVAO QUESADA JAIDER - 1081160582 **Edad:** 25 **Sexo:** M

Quien Realiza: VAC- VALENTINA ARIAS CASAS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	VAC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD +POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE Y/O FAMILIAR BAJO PREVIA ASEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SE ADMINISTRA DICLOFENACO 75 MG IM EN GLUTEO DERECHO SIN COMPLICACION ALGUNA.

Valentina Arias

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 169589

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -169589 **Fecha** 2023/11/6

Nombre Paciente: LAVAO QUESADA JAIDER - 1081160582 **Edad:** 25 **Sexo:** M

Quien Realiza: TVP- TITO VLADIMIR POLANIA TORRES **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S422-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO
3. S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO
4. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	TVP	-
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	TVP	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: SE INMOVILIZA CON FERULA POSTERIOR DE YESO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

SE INMOVILIZA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN COMPLICACIONES, PULSOS DISTALES POSITIVOS

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Médico y Cirujano
RM 0967703

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,21-Nov-2023 10:01:4

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 LAVAO QUESADA JAIDER EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.11.0 21:47

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 25 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1081160582 LAVAO QUESADA JAIDER 1 NIVEL I NEIVA CONJUNTO LA UNION 3132328374

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.11.05	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	TVP	2.00
2023.11.05	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	TVP	2.00
2023.11.05	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 5X5	TVP	2.00
2023.11.05	CLI	CABESTRIL	CABESTRILLO GASA	TVP	2.00
2023.11.06	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	JAB	1.00
2023.11.06	MES	VENDA	VENDA ELASTICA DE 5X5	JAB	1.00
2023.11.06	MAS	VENDA	VENDA YESO DE 5X5	JAB	1.00

PACIENTE: 1081160582 LAVAO QUESADA JAIDER **EDAD:** 25

DIRECCION: CONJUNTO LA UNION **TELEFONO:** 3132328374

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-59902 **FECHA SINIESTRO:** 2023.11.05 **N° POLIZA:** 8111637700

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL :	domingo, 5 de noviembre de 2023					
22:27:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	VAC1	
22:27:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1	
22:27:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

FECHA DEL CONTROL :	lunes, 6 de noviembre de 2023					
00:00:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		NOCHE	VAC1	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	VAC1	
00:00:00	TAPON HEPARINIZADO	1.00		NOCHE	VAC1	
06:27:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
06:27:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
06:27:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	DIS1	
06:27:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	
06:27:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 8.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: LAVAO QUESADA JAIDER No. Identif. 1081160582 Edad. 25

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.11.06

FORMULA MEDICA

* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 8

MANEJO COMPLEMENTARIO:

1) SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFÉN/CODEÍNA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. TOTAL 30 TAB.

2) - ARNIGEL 0,07 GEL TUBO X 45GR O - TRAUMEEL CREMA HEEL TUBO X 50 GR APLICAR EN ÁREA DEL TRAUMA CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS TOTAL 1. (UNO DE LOS DOS, APLICAR SOLO EN ÁREAS DONDE NO ESTE LESIONADA LA PIEL.

Juan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

Jaider Lavao Quesada.

MEDICO **FARMACIA** **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -197696

FECHA EMISION:	2023.11.06
HORA:	09:48:00
PAGINA No:	1

USUARIO: LAVAO QUESADA JAIDER **FECHA DE PEDIDO:** 2023/11/6

DOC.IDENT: CC 1081160582 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. JHOAN ALBEIRO BAZAN

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
002	GEN ACETAMINOFEN TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
		TOTAL CANTIDAD:	50.00

Jaider Lavao Quesada

Recibido Paciente

1A

IPS LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 16 No. 6 - 39
Tel (8) 864 3405 Neiva

Informe preliminar

LAVAO QUESADA JAIDER
1081160582
Masculino
25 Años

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

HEMATOLOGIA

Hemograma IV

Recuento de Leucocitos	21.22	x 10^3/ul			06/11/2023 05:20
Recuento de Globulos Rojos	4.89	x 10^6/ul		3.50 - 5.50	06/11/2023 05:20
Hemoglobina	14.5	g/dl		11.0 - 15.0	06/11/2023 05:20
Hematocrito	41.1	%		36.0 - 48.0	06/11/2023 05:20
Volumen Corpuscular Medio	84.1	fl.		80.0 - 99.0	06/11/2023 05:20
Hemoglobina Corpuscular Media	29.7	pg		26.0 - 32.0	06/11/2023 05:20
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	35.3	g/dl		32.0 - 36.0	06/11/2023 05:20
Recuento de Plaquetas	247	x 10^3/ul		150 - 450	06/11/2023 05:20
Neutrofilos %	92.8	%	*	50.0 - 70.0	06/11/2023 05:20
Linfocitos %	3.4	%	*	20.0 - 40.0	06/11/2023 05:20
Monocitos %	3.8	%		1.0 - 8.0	06/11/2023 05:20
Eosinofilos %	0.00	%	*	3.00 - 7.00	06/11/2023 05:20
Basofilos %	0.00	%		0.00 - 1.00	06/11/2023 05:20
Neutrofilos #	19.68	x 10^3/ul	*	2.00 - 7.80	06/11/2023 05:20
Linfositos #	0.73	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	06/11/2023 05:20
Monocitos #	0.80	x 10^3/ul		0.10 - 1.80	06/11/2023 05:20
Eosinofilos #	0.01	x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	06/11/2023 05:20
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	06/11/2023 05:20
Volumen Plaquetario Medio	10.0	fl.		7.4 - 10.4	06/11/2023 05:20
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.6	fl.		39.0 - 46.0	06/11/2023 05:20
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	13.3	%		11.5 - 14.5	06/11/2023 05:20
PDW	15.8				06/11/2023 05:20
PCT	0.248	%			06/11/2023 05:20

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP	13.60	seg	11.30 - 18.30	06/11/2023 05:20
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	28.60	seg	22.00 - 38.00	06/11/2023 05:20
INR	0.93			06/11/2023 05:20

Dra. Gicela Ramirez Manrique
Bacteriologa

E.S LABORATORIO CLINICO
ESPECIALIZADO
MARIA GICELA RAMIREZ
Calle 18 No. 6 - 39
Tel. (8) 864 3405 Neiva

Informe operativo

LAVAO QUESADA JAIDER
1081160582
Masculino
25 Años

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : faf5ca259721f96a4e5720cbe6e9b0cc23335ae0aa85ec34fdd447da1943c29706ab3215a37d11f67d71a461025144a6

Número de Factura: FE-9917
Fecha de Emisión: 27/11/2023
Fecha de Vencimiento: 27/12/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA / CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	2023	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 7.431.595,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 7.431.595,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2023
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-11-27 16:08:23
Documento generado el: 2023-11-27 16:08:21
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	**7.431.595,00**
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	**7.431.595,00**
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuestos (=)	**0,00**
Total neto factura (=)	**7.431.595,00**
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	**7.431.595,00**

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

9
10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS VEINTI SIETE PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($7,431,595)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2023 (DEL 01 AL 10).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
11010001	1077225162	18 Años	GARZON SANCHEZ ANDRES	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902204		ERITROSEDIMENTACIÓN	7,300
	906913		PROTEINA C REACTIVA ALTA	65,300
11010006	36158760	66 Años	MORENO ALVIZ ISABEL	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
11020005	1007659831	28 Años	CHAVARRO KARLA CATHERINE	
	906913		PROTEINA C REACTIVA ALTA	65,300
	902204		ERITROSEDIMENTACIÓN	7,300
	902210		Hemograma IV	32,100
11020006	12131638	56 Años	MENDEZ AVILA FERNANDO	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
11020011	1077228315	16 Años	DIAZ ZAMBRANO DANNA STEFANIA	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
11020014	1075217143	36 Años	ZAMBRANO MEDINA CAROLINA	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
11020054	83093466	41 Años	HOME GUTIERREZ HECTOR FABIO	

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS VEINTI SIETE PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($7,431,595)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2023 (DEL 01 AL 10).

	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
11060001	96332420	45 Años	ORDOÑEZ HOYOS TIMEL ARVEY	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
11060002	1081160582	25 Años	LAVAO QUESADA JAIDER	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
11060003	1075272779	29 Años	GOMEZ NARVAEZ ANDRES FELIPE	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
11060004	12258264	44 Años	FERNANDEZ CHALA GERSSON	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
11060005	1088290965	32 Años	TOBAR PANCHA KEVIN LEODEGAR	
	902204		ERITROSEDIMENTACIÓN	7,300
	906913		PROTEINA C REACTIVA ALTA	65,300
11060007	1003864197	20 Años	GUZMAN LASSO HERMINSO	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
11060008	1077227033	17 Años	POLANIA CUBILLO LAURA SOFIA	
	904922		TIROXINA TOTAL T4	21,197
	904904		HORMONA ESTIMULANTE DEL	26,000
	904921		TIROXINA LIBRE T4L	20,000
11060009	1075300523	26 Años	DIAZ GUALTEROS MARANADIESDA	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS VEINTI SIETE PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($7,431,595)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2023 (DEL 01 AL 10).

	902210		Hemograma IV	32,100
11100023	1077227709	16 Años	QUESADA NINCO JUAN FELIPE	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
11100029	1105058246	15 Años	CHICO LOAIZA MAURICIO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
11100030	10828066983	24 Años	CAPERA ROSO YHON JAILER	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
11100038	14191227	48 Años	GUTIERREZ OSORIO FERLEY	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
11100039	4946789	60 Años	LIZCANO PLAZAS GIBDEL EHIXMAN	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
11100040	7294927	58 Años	OSORIO GUZMAN MANUEL	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
TOTAL				8,257,327
DESCUENTO DEL 10%				825,732
TOTAL A CANCELAR				7,431,595

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.21
HORA:	10:01:53
PAGINA No:	1

Numero: 84380 Fecha Ex. 05/11/23 Hora 14:54
Nombre Paciente: 1081160582 LAVAO QUESADA JAIDER
Dirección: CONJUNTO LA UNION Telefono:3132328374 Edad:25 A Sexo:M
Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO Prioridad: MEDIA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo observándose fractura oblicua completa sin desplazamiento del extremo distal del cubito.
El resto del examen del cubito y el radio no muestra otras alteraciones.

RADIOGRAFIA DE MU¥ECA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del puño izquierdo en la que se advierte imagen de fractura oblicua completa del extremo distal de la diáfisis del cubito sin mayor desplazamiento.
Edema de tejidos blandos adyacentes al foco de fracturas.

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP del hombro derecho en al que se advierte fractura proximal del humero a nivel del cuello humeral ligeramente impactada.
También hay fractura con desprendimiento de la tuberosidad externa del cuello humeral.
Marcado edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación del hombro.

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo derecho observándose la diáfisis del humero con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
Hay una ligera banda radio lucida proximal del humero a nivel del cuello humeral que sugiere corresponder a focos de fracturas para correlacionar.

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.

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:	23.11.21
HORA:	10:02:07
PAGINA No:	1

Numero: 84381 Fecha Ex. 05/11/23 Hora 16:18
Nombre Paciente: 1081160582 LAVAO QUESADA JAIDER
Dirección: CONJUNTO LA UNION Telefono:3132328374 Edad:25 A Sexo:M
Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE HOMBRO DERECHO Prioridad: MEDIA

LECTURA

TAC DE HOMBRO DERECHO

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras óseas del hombro derecho.

HALLAZGOS:

En los planos superiores se observa la articulación acromio clavicular con características satisfactorias.
La escapula en sus diferentes segmentos presentan características normales.
La cavidad glenoide tiene contexto conservado.
Relación articular escapula humerales satisfactoria.
Llama la atención en el examen la presencia de fractura multifragmentada que compromete el cuello humeral y parcialmente la cabeza humeral, hay doble fractura del reborde externo e interno de la cabeza humeral ligeramente desplazadas.
Notorio edema de tejidos blandos adyacentes a la articulacion del hombro.
En la reconstrucción sagital se advierte moderado desplazamiento y angulación medial interna del segmento de la cabeza humeral.
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulacion del hombro.
No se observan otras alteraciones.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

5

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, 05/11/2023

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Juder Luna Quesada identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1081160584, 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 DD/MM/AA 05/11/23 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

A



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.081.160.582

Apellidos
LAVAO QUESADA

Nombres
JAIDER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
M

Fecha de nacimiento
13 AGO 1998

G.S
O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
25 AGO 2016, RIVERA

Firma

Fecha de expiración
18 ENE 2033



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10019381880

PLACA
BGG45F

MARCA
AKT

LÍNEA
AK125 NKDR

MODELO
2020

CILINDRADA CC
124

COLOR
BLANCO

SERVICIO
PARTICULAR

CAPACIDAD Kg/PSJ
2

CLASE DE VEHÍCULO
MOTOCICLETA

TIPO CARROCERÍA
SIN CARROCERIA

COMBUSTIBLE
GASOLINA

REG
N

VIN
9F2B11256L5019764

NÚMERO DE MOTOR
157FMISE154046

REG
N

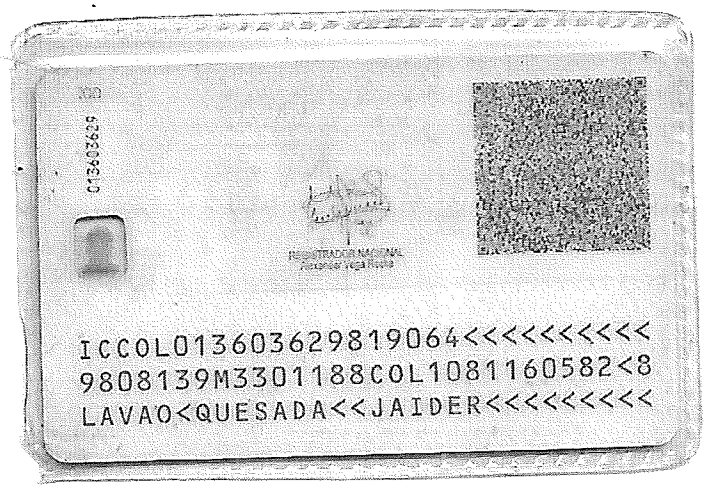
NÚMERO DE CHASIS
9F2B11256L5019764

REG
N

NÚMERO DE SERIE
******

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1081160582

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
LAVAO QUESADA JAIDER


013603629
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL013603629819064<<<<<<<<<<
9808139M3301188COL1081160582<8
LAVAO<QUESADA<<JAIDER<<<<<<<<<


RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE
******
POTENCIA HP
10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902019000183612
I/E
I
FECHA IMPORT.
13/09/2019
PUERTAS
0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA
08/10/2019
FECHA EXP. LIC. TTO.
08/10/2019
FECHA VENCIMIENTO
******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT02005692910

RUNT

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:	BGG45F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10019381880	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125 NKDR
MODELO:	2020	COLOR:	BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMISE154046
NÚMERO DE CHASIS:	9F2B11256L5019764	NÚMERO DE VIN:	9F2B11256L5019764
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	08/10/2019
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
8111637700	02/06/2023	03/06/2023	02/06/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
83313066	02/06/2022	03/06/2022	02/06/2023	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	NO VIGENTE
23449539	07/10/2019	08/10/2019	07/10/2020	120	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	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: 2024/01/17

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-FEC1-54859 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es LAVAO QUESADA JAIDER

HISTORIA No. 1081160582

GLOSA No: ZGL-1-42874 **SINIESTRO:** 54859

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

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 ANTERIORM LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que co de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" PÒR LO QUE SE DEBE PROCER AL PAGO.

Recibido!
22 de Enero del 2024
20237398

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: 2024/01/17

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-FEC1-54859 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es LAVAO QUESADA JAIDER

HISTORIA No. 1081160582

GLOSA No: ZGL-1-42874 **SINIESTRO:** 54859

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

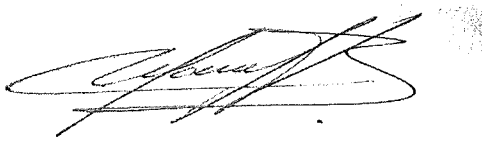
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

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 COD.39143 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" PÒR LO QUE SE DEBE PROCER AL PAGO.

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

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,885,258.00
VALOR GLOSADO :	9400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227493	**No.**	186416	**Siniestro**	90728453	**No. Factura**	FEC154859		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	05/11/2023	**Fecha aviso**	21/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	811163770	**Vigencia**	03/06/2023	**hast**	02/06/2024
Id tomador	1081160582	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1081160582	**Nombre**	JAIDER LAVAO QUESADA						
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	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
1	77702	INSUMOS			10,100	0	10,100
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	27,858	0	27,858
3	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	188,400	0	188,400
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	162,800	0	162,800
1	21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES		100%	531,000	0	531,000
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	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	140,000	0	140,000
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
2	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 1.39143 Y SE HOMOLOGA A 1.39132 DE ACUERDO A CONSULTA SOPORTADA. /	100%, 100%	129,000	9,400	119,600

1001	Cobrado	1,885,258
1002	Obj. Parcial	9,400
1003	Liquidado	1,875,858

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

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 ,2023.11.29	15:58:20	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54895

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 167549,168425
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.09.29 - 16:51 | 2023.10.17 - 08:59

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26512381 FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA EDAD : 45 Años
DIRECCION: CLL 4 A NO 6 19 HOBO TELEFONO: 3133682871
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
13744	ARTRODESIS DE RODILLA	29-Sep-2023	812200					HJC	1	0	0
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G 1i Interv 100%	29-Sep-2023	S55101					HJC	1	86,100	86,100
37201	ARTROCENTESIS	29-Sep-2023	819101	1				HJC	1	65,300	65,300
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 24								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
015501	JERINGA X 50ML PRECISION CARE								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								5	2,500	12,500
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.29	873121		APG				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.29	873121		APG				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.29	873121		APG				1	81,400	81,400
OTROS											
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.09.30	890602		HJC				1	74,600	74,600
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.09.29	890602		HJC				1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.04	890302		FGR				1	64,500	64,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.17	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.29	890701		APG				1	73,400	73,400
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2023.09.29	S22103		HJC				1	86,100	86,100

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 T ODOS S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO [illegible]
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D
na vigencia de: 12 Meses
000 AUTORIZA
Cufe: 74d8b39495e0668cc03381d057c8166cbfe5d8afbf2827 b14fa82fbcd8
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I
IJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F
A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227498

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:02:39 PM
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. FEC154895

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
74d8b39495e0668cc03381d057c8166cbfe5d8afbf28272f6e43cf6e9945cff1cc53f80c1f598b13e361b14fa82fbcd8

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1151994

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
a5ad9ef09076bd39e03c8fce8d64a117b932388846c2119f20966519e6df6021add97bd41c795f98af7b131eae037d60

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 04:01:18.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154895

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
74d8b39495e0668cc03381d057c8166cbfe5d8afbf28272f6e43cf6e9945cff1cc53f80c1f598b13e361b14fa82fbcd8

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

CUDE:
3547eecebffce049a032780576c9c0a38e3c7dbbb622c4fb75e6d175de0fb29581d67196a4e7b5fe5d4408c366aac067

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 09:06:52.000 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:
550022a49ed9cc7c114fcedacc7fc2c13b0d2f322857ca9c5e2d1770df641c6edb92ec2322652706721d99851f143640

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:21:46.000 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

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. FEC154895

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
74d8b39495e0668cc03381d057c8166cbfe5d8afbf28272f6e43cf6e9945cff1cc53f80c1f598b13e361b14fa82fbcd8

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
5e54e19079d2f60d284ed4cf90b258079015afb4375871d0233885c96239753f4e775e782c39e8c9f6a598d3ea93fe27

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:21:54.000 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

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 ,2023.11.29	15:58:20	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54895

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 167549,168425

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:
FEC-HOR INGRES: 2023.09.29 - 16:51
FEC-HORA EGRESO: 2023.10.17 - 08:59

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 26512381 FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA
EDAD : 45 Años
DIRECCION: CLL 4 A NO 6 19 HOBO
TELEFONO: 3133682871

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
13744	ARTRODESIS DE RODILLA	29-Sep-2023	812200					HJC	1	0	0
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G 1i Interv 100%	29-Sep-2023	S55101					HJC	1	86,100	86,100
37201	ARTROCENTESIS	29-Sep-2023	819101	1				HJC	1	65,300	65,300
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 24								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								3	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								1	0	0
015501	JERINGA X 50ML PRECISION CARE								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								5	2,500	12,500
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								30	250	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
43696-01	CEFRADINA 500 MG CAPSULA								24	2,238	53,712
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.29	873121		APG				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.29	873121		APG				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.29	873121		APG				1	81,400	81,400
OTROS											
39130	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.09.30	890602		HJC				1	74,600	74,600
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	2023.09.29	890602		HJC				1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.04	890302		FGR				1	64,500	64,500
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.17	890302		FGR				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.29	890701		APG				1	73,400	73,400
39221-1	DERECHOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	2023.09.29	S22103		HJC				1	86,100	86,100

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: 74d8b39495e0668cc03381d057c8166cbfe5d8afbf28272f6e43cf6e9945cff1cc53f80c1f598b13e361b14fa82fbcd8

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

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 ,2023.11.29	15:58:20	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54895

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

VALOR BRUTO:	1,151,994	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,151,994

SON: UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.29 04:01:18 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: 74d8b39495e0668cc03381d057c8166cbfe5d8afbf28272f6e43cf6e9945cff1cc53f80c1f598b13e361b14fa82fbcd8

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

26

FACTURA:	54895
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,120,612
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 31,382
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 360

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 Radicaci¾n: 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- 54895

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

FALLA — 1er.Apellido o Razon Social

MANRIQUE — 2do.Apellido

DIANA — 1er.Nombre

PATRICIA — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 26512381

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1977/11/23 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: CLL 4 A NO 6 19

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3133682871

Municipio: HOBO Cod. 349

Condicion del accidentado: Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [X] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: VEREDA LLANO SUR VIA HOBO YAGUARA

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/29 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: U [ ] R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA UJO46C PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: BAJAJ Placa: UJO46C

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8097727100 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/24 Hasta: 2023/12/23

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CHAVEZ — 1er.Apellido o Razon Social

GOMEZ — 2do.Apellido

JESUS — 1er.Nombre

ANTONIO — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 83163170

Direccion: VEREDA LLANO SUR

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Telefono: 3209773361 Total Folios: 0

29

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 361

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CHAVEZ	GOMEZ

1er.Nombre	2do.Nombre
JESUS	ANTONIO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 83163170

Direcci¾n: VEREDA LLANO SUR

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3209773361

Municipio: HOBO **Cod.** 349

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/07/27 a las 14:51

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL **C¾digo de inscripci¾n:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053 HUILA-HOBO

Profesional que Remite: MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/07/27 a las 15:06

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/09/29 a las 16:51 **Fecha de Egreso:** 2023/10/17 a las 08:59

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ANGELICA	MARIA

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
PRADA	GOMEZ

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 55302763

N·mero de Registro de MÚdico 55302763

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1151994	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

28

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

EPICRISIS No. 60043

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.29 — HORA DE INGRESO: 16:51
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.10.17 — HORA DE EGRESO: 08:59
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.29-17:27:34 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

MOTIVO DE LA ATENCION

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA UJO46C PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 04:45 PM
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE PRIMER NIVEL DE HOBO , QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DIA DE AYER 28/09/23 , OCASIONANDO TRAUMATISMOS MULTIPLES AL VER QUE NO MEJORANA DECIDE CONSULTAR A HOSPITAL LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INCIAL, 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

** SIGNOS VITALES:
TA: 100/75 FC: 71 FR: 17 TEMP: 36. TALLA: 159 PESO: 80 IMC: 32 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MUMURLLO VESICULAR CONSERVAD , NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION,
<<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>>

25

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

EPICRISIS No. 60043

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. SIMETRICOS, CON EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN FEMUR, RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SIN LESIONES.
<<FANERAS>>
SIN LESIONES.

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTO IMPACTO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS., DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
PLAN
- OBSERVACION
- DIETA NORMAL
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIO
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- VALORACION POR ORTOPEDIA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: ORAL

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.09.29-19:06:13 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. 60043

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO CON POLITRAUAMTMISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA EN FEMUR, RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA.
AL EXAMEN FISICO: EDEMA EN RODILLA, LIMITACION LEVE AL MOVIMIENTO.

DIAGNOSTICOS:
RX SIN ALTERACIONES.

IDX:
HEMARTROSIS EN RODILLA IZQUIERDA.

PLAN:

VIGILANCIA DE TEJIDOS BLANDOS SEGUN EVOLUCION REALIZAR DRENAJE DE HEMARTROSIS EN SALAS DE PROCEDIMIENTOS.

*** FECHA: 23.09.29-19:07:12 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL: no signos de luxacion ni fractura, relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL: no signos de luxacion ni fractura, relaciones articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL: no signos de luxacion ni fractura, relaciones articulares conservadas.

pendiente lecturas oficiales.

*** FECHA: 23.09.29-20:27:54 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 12 - SALA DE PROCEDIMIENTOS
HORA INICIAL/FINAL: 20:10 / 20:20 DURACION: 00:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ARTROCENTESIS VIA: 1 QUIEN REALIZA: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

PREVIO A ASEPCIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA CON DRENAJE DE APROX 70 CC DE CONTENIDO SINOVIAL PROCEDIMIENTO QUE SE LLEVA ACABO SIN COMPLICACIONES

*** FECHA: 23.09.29-20:28:55 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE PROCEDIMIENTOS

23

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

EPICRISIS No. 60043

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

ARTRODESIS DE RODILLA
PREVIO A ASEPCIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA CON DRENAJE DE APROX 70 CC DE CONTENIDO SINOVIAL PROCEDIMIENTO QUE SE LLEVA ACABO SIN COMPLICACIONES

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE AQUIEN SE LE REALIZA ARTOSENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA CON DRENAJE DE CONTENIDO SINOVIAL , CON POSTERIOR MEJORA DE LA MOVILIDAD ARTICULAR , SIN EMBARGO ANTE LA PERSISTENCIA DE DOLOR SE CONSIDERA CONTINUAR CON MANEJO ANALGESICO Y ANTIINFLAMATORIO EN EL SERVICIO DE OBSERVACION , SEGUN EVOLUCION CLINICA DE LA PACIENTE SE CONSIDERARA EGRESO EL DIA DE MAÑANA , SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

*** FECHA: 23.09.30-06:17:48 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
NOTA DE EVOLUCION .

PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DETERIORO NEUROLOGICO SIN ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA , PACIENTE QUIEN REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO EN URGENCIAS, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
PENDIENTE - VALORACION POR NUEROCIRUGIA

**SEGUIMIENTO NEUROLOGICO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLCIAR IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUIR, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.30-07:13:42 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
SE HACE NOTA ACLARATORIA:
REVISANDO HISTORIA CLINICA Y ESTADO DEL PACIENTE, EN EL MOMENTO NO SE HA CARGADO VALORACION POR NEUROCIRUGIA.
TENIENDO EN ENCUENTA ADECUADA EVOLUCION CLINICA, SE ESPERA DEFINIR EGRESO POR ORTOPEDIA.

*** FECHA: 23.09.30-07:16:45 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

12

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

EPICRISIS No. 60043

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
SE REVALORA PACIENTE EN EL DIA DE HOY,SE EVIDENICA ADECUADA EOVLUCION DE SUS SINTOMAS, RODILLA SIN AUMENTO DE VOLUMEN NUEVAMENTE, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, SE DECIDE DAR EGRESO Y CONTINUAR MANEJO MEDICO EN CASA ALTA Y RECOMENDACIONES.

*** FECHA: 23.09.30-07:20:46 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, VALORADO POR ESPECIALIDAD QUIEN REALIZA ARTROCENTESIS SIN COMPLICACIONES, SE CONSIDERA DAR EGRESO ANTE ADECUADA EOVLUCION CLINICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, SUSPENDER EL ACETAMINOFEN Y COMPRA ETORICOXIB TABLETA 90 MG TOMAR UNA CADA DIA POR 7 DIAS* KETOPROFENO GEL APLICAR CADA 12 HORAS POR 5 DIAS EN AREA AFECTADA
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.

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 8 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 30, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

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

EPICRISIS No. 60043

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.30-07:22:52 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: 2023.09.30-07:22:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 23.10.04-10:52:22 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

VIENE PORQUE CONTINUA CON INFLAMACION Y DOLRO EN RODILLA ZIQUIERDA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, REMITIDO DE HOBO-HUILA CON TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA . SE LE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA CON DRENAJE DE APROX 70 CC DE CONTENIDO SINOVIAL. PROICEDIMIENTO SIN COMPLICACION EL DIA 29 DE SEPTIEMBRE 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 SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : RODILLA IZQUIERDA: DERRAME ARTICULAR ++ , DOLOR EN INTERLINEA MEDIAL NO INESTABILIDAD
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

20

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

EPICRISIS No. 60043

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EVOLUCION:
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 12 DIAS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

NAPROXENO X 500 MG TABLETA #20
TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS

***** FECHA: 23.10.04-11:10:35 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 12 DIAS
INCAPCIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.04-11:10:35 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS INICIO: 2023.10.08 FIN: 2023.10.17

***** FECHA: 23.10.17-08:40:02 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 ESGUINCE DE RODILLA IZQUIERDA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, REMITIDO DE HOBO-HUILA CON TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA . SE LE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA CON DRENAJE DE APROX 70 CC DE CONTENIDO SINOVIAL. PROICEDIMIENTO SIN COMPLICACION EL DIA 29 DE SEPTIEMBRE 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

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

EPICRISIS No. 60043

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : RODILLA IZQUIERDA_ PERSISNTES CON DOLOR EN INTERLINEA MEDIAL MANIOBRAS PARA LESION DE MENISCO MEDIAL POSITIVAS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

** EVOLUCION:

SE SOLICITA RNM DE RODILLA IZQUIERDA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA CON RESULTADO DE RNM DE RODILLA IZQUIERDA PARA DESCARTAR LESION MENISCO MEDIAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

PRACTICAR
RNM DE RODILLA IZQUIERDA
ID: LESION MENISCO MEDIAL

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

SE SOLICITA RNM DE RODILLA IZQUIERDA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA CON RESULTADO DE RNM DE RODILLA IZQUIERDA PARA DESCARTAR LESION MENISCO MEDIAL

***** FECHA: 23.10.17-08:59:47 MEDICO: / (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:

** ORDENES MEDICAS:

PLAN
SE SOLICITA RNM DE RODILLA IZQUIERDA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA CON RESULTADO DE RNM DE RODILLA IZQUIERDA PARA DESCARTAR LESION MENISCO MEDIAL
REINTEGRARSE A LABORAR SIN RESTRICCIONES AL TERMINAR INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.17-08:59:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

EPICRISIS No. 60043

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

DOC.IDENT:	CC 26512381	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CLL 4 A NO 6 19		
FCHA.NACTO:	1977.11.23	EDAD:	46 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3133682871
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S834 - ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN LOS LIGAMENTOS
RELACIONADO 1: S832 - DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE

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. 4.951.582
R.M. No. 12162-32

DR@. FRANCISCO HERNANDO
GARCIA
REG. MED: 455

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167549

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167549 **Fecha** 2023/09/29

Nombre Paciente: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA - 26512381 **Edad:** 46 **Sexo:** F

Quien Realiza: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ **Sala:** 12 SALA DE PROCEDIMIENTOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Diagn¾sticos Definitivos:

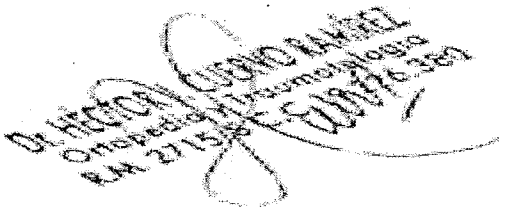
1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37201	ARTROCENTESIS	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: PREVIO A ASEPCIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA CON DRENAJE DE APROX 70 CC DE CONTENIDO SINOVIAL PROCEDIMIENTO QUE SE LLEVA ACABO SIN COMPLICACIONES



QUIEN REALIZA

Diana Patricia Falla

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Nov-2023 09:04:2

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:** 2023.09.2 16:51
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 46 Años **Fecha Egreso :**
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
26512381 FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA 1 NIVEL I HOBO CLL 4 A NO 6 19 3133682871

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.29	NUB	JERINGA	JERINGA X 50ML PRECISION CARE	KML	1.00
2023.09.29	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	1.00
2023.09.29	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	KML	1.00
2023.09.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	1.00
2023.09.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	5.00
2023.09.29	LIF	AGUJA18	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	KML	1.00

PACIENTE: 26512381 FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA **EDAD:** 45

DIRECCION: CLL 4 A NO 6 19 **TELEFONO:** 3133682871

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59168 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.29 **Nº POLIZA:** 8097727100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 29 de septiembre de 2023						
17:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	ORAL	DIA	DAN1	
17:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DAN1	
17:28:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		DIA	DAN1	
17:28:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	DAN1	
17:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DAN1	

TOTAL SUMINISTRADO: 5.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 30 de septiembre de 2023						
01:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	ORAL	NOCHE	MLD	
01:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
01:28:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
01:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 4.00

1A

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA No. Identif. 26512381 Edad. 45

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.09.30

FORMULA MEDICA

* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:** 24.00	TOMAR UNA CADA 6 HORAS.
* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 30.00	TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	TOMAR UNA CADA 8 HORAS.

MEDICO **FARMACIA** Diana Patricia Falla **PACIENTE**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -195473

FECHA EMISION:	2023.09.30
HORA:	07:37:56
PAGINA No:	1

USUARIO: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA **FECHA DE PEDIDO:** 2023/09/30

DOC.IDENT: CC 26512381 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ

BOD	REFERENCIA			DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	LAB	CEFRAX	TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	24.00
002	GEN	ACETAMINOFEN	TAB	ACETAMINOFEN 500 MG	30.00
002	GEN	IBUPROFENO	TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
				TOTAL CANTIDAD:	74.00

Diana Patricia Falla

Recibido Paciente

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT. 800.110.181 - 9

Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

FECHA	: 29 SE SEPTIEMBRE DEL 2023
NOMBRE	: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA
ESTUDIO	: RX DE FEMUR IZQUIERDO : RX DE PIERNA IZQUIERDA : RX DE RODILLA IZQUIERDA
CC.	: 26512381

RX DE FEMUR IZQUIERDO:

Proyección AP lateral del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
Moderado edema de los tejidos blandos del muslo.

RX DE PIERNA IZQUIERDA:

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
Hay edema de los tejidos blandos de la mitad proximal de la pierna.

RX DE RODILLA IZQUIERDA:

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares normales.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

JORGE ENRIQUE ESPINEL TORRES
Radiólogo
Registro Medico No. 0448-3

11

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, 29-09-23

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Diana patrocinio palla identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 26512381, 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 DD/MM/AAAA a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Diana Patrocinio Palla

Firma
Nombre:
c.c. 26512381

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

10

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202307270064 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 27 MES 07 AÑO 2023 **Autorización:** XXX
No. de Historia Clínica CC26512381
Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA Código 413490048401
Institución a la que se remite ---------- Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
DIANA PATRICIA	FALLA	MANRIQUE	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ **No.** 26512381
Dirección VEREDA LLANO SUR Teléfono 3133682871 Edad 45 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 23/11/1977
Estado Civil CASADO

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora EPS SANITAS S.A.

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso
D 27 M 07 A 2023
Fecha de Egreso
D 27 M 07 A 2023

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

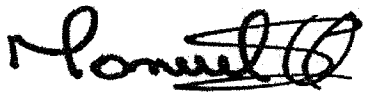
Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	CIRUGIA GENERAL	CIRUGIA GENERAL

Motivo de Remisión

Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite

Nombre MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVIDEO
Firma y Sello



C.C 72216783
Registro Médico 72216783

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRES AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS LA CUA REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION DADO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMIBNAL TIPO COLICO EN MESOGASTRIO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR DE INTENSIDAD LEVE/ MODERADA ASOCIDO A MAREOS NAUCEAS LA CUAL TOMO MEDICACION SIN MEJORIA ALGUNA MOTIVO POR EL CUAL DECIDE ACUDIR A VALORACION, MANIFIESTA HA PRESENTADO LITIASIS RENAL RECURRENTE, ACUDE POR LO CUAL A VALORACION MEDICA, ULTIMO CONTROL ECOGRAFICO HACE MAS DE 5 AÑOS. INDICO POR LO CUAL MANEJO DEL DOLOR AHORA Y SOLICITO PARACLINCIOS PARA CONTROL CON RESULTADOS. AL EF:ABDOMEN: BLANDO, DEPRESILE, CON DOLOR A LA PALPACION DE FLANCO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR, ADEMAS PRESENTA DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO DONDE SE PALPA MASA MOVIL DE +- 20X20 CM DOLOROSA A LA PALPACION, CONSIDERO POR LO CUAL SOLICITAR ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ADEMAS PARA DEFINIR MANEJO POSTERIOR, EXPLICO CODUCTA A PACIENTE QUIEN MANFIIESTA ENTENDER Y ACEPTAR. SE INDICA AFINAMIENTO DE PRESION ARTERIAL POR HALLAZGO DE TA FUERA DE RANGO 150/110 Y CONTROL CON RESULTADOS (SE DESCONOCE HIPERTENSA) PACIENTE QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ALGIDA QUEJUMBROSA POR LO QUE SE DECIDE REMITIR PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

9

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1	X	2		3		4	

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 14:51 Hora 14 Minutos 51

Nombre de la persona que solicita la Remisión

MANUEL FRANCISCO SOCARRAS OVID.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 14:51 Hora 14 Minutos 51

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
ABDOMEN AGUDO	R100
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRES AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS LA CUA REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 DIASDE EVOLUCION DADO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMIBNAL TIPO COLICO EN MESOGASTRIO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR DE INTENSIDAD LEVE/ MODERADA ASOCIDO A MAREOS NAUCEAS LA CUAL TOMO MEDICACION SIN MEJORIA ALGUNA MOTIVO POR EL CUAL DECIDE ACUDIR A VALORACION, MANIFIESTA HA PRESENTADO LITIASIS RENAL RECURRENTE, ACUDE POR LO CUAL A VALORACION MEDICA, ULTIMO CONTROL ECOGRAFICO HACE MAS DE 5 AÑOS. INDICO POR LO CUAL MANEJO DEL DOLOR AHORA Y SOLICITO PARACLINCIOS PARA CONTROL CON RESULTADOS. AL EF:ABDOMEN: BLANDO, DEPRESILE, CON DOLOR A LA PALPACION DE FLANCO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR, ADEMAS PRESENTA DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO DONDE SE PALPA MASA MOVIL DE +- 20X20 CM DOLOROSA A LA PALPACION, CONSIDERO POR LO CUAL SOLICITAR ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ADEMAS PARA DEFINIR MANEJO POSTERIOR, EXPLICO CODUCTA A PACIENTE QUIEN MANFIIESTA ENTENDER Y ACEPTAR. SE INDICA AFINAMIENTO DE PRESION ARTERIAL POR HALLAZGO DE TA FUERA DE RANGO 150/110 Y CONTROL CON RESULTADOS (SE DESCONOCE HIPERTENSA)

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
120/80	73	36.80	20	164.0	96.00	

Hallazgos del Examen Físico

NORMAL BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza:**Anormal MAREOS NAUCEAS CEFALEA - **Cuello:**Normal NORMAL - **Torax:**Normal NORMAL - **Abdomen:**Anormal DOLOR TIPO COLICO EN MESOGASTRIO IRRADIADO A FOSA ILIACA DERECHA - **G/U:**Normal NORMAL - **Extremidades:**Normal NORMAL - **Neurológico:**Normal NORMAL - **Nariz:**Normal NORMAL - **Oidos:**Normal NORMAL - **Boca:**Normal NORMAL - **Ojos:**Normal NORMAL - **Piel:**Normal NORMAL - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal NORMAL

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (00021136106) CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MMQ0021) EQUIPO MACROGOTEO *Dosis:* 1; *Medicamento:* (DM0000215R1) CATETER YELCOS 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (A03DH013701) HIOSCINA N-BUTIL BROMURO+DIPIRONA *Dosis:* 1; *Medicamento:* (V00015691) JERINGA 10 CC *Dosis:* 1;

Nota Médica

27/07/2023 a las 14:07:04.

12:24 INGRESA USUARIA FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (HIJA), ESTA REFIERE "DOLOR ABDOMINAL", LA CUA REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 DIAS DE EVOLUCION DADO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMIBNAL TIPO COLICO EN MESOGASTRIO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR DE INTENSIDAD LEVE/ MODERADA ASOCIDO A MAREOS NAUCEAS LA CUAL TOMO MEDICACION SIN MEJORIA ALGUNA MOTIVO POR EL CUAL DECIDE ACUDIR A VALORACION, MANIFIESTA HA PRESENTADO LITIASIS RENAL RECURRENTE, ACUDE POR LO CUAL A VALORACION MEDICA, ULTIMO CONTROL ECOGRAFICO HACE MAS DE 5 AÑOS. INDICO POR LO CUAL MANEJO DEL DOLOR AHORA Y SOLICITO PARACLINCIOS PARA CONTROL CON RESULTADOS. SE ATIENDE USUARIA CON TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN EFECTO A RESPUESTA DE FASE DE MITIGACION NACIONAL ANTE PANDEMIA COVID 19 Y SEGÚN INDICACIONES Y LINEAMIENTO DE PROTECCION PERSONAL DE LA OMS, ALEXAMEN FISICO CONCIENTE, ORIENTADA. ALERTA AL LLAMDO, AFEBRIL, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESILE, CON DOLOR A LA PALPACION DE FLANCO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR, ADEMAS PRESENTA DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO DONDE SE PALPA MASA MOVIL DE +- 20X20 CM DOLOROSA A LA PALPACION, CON SIGNOS VITALES TA: 120/80 MMHG, FC: 73 XMIN, FR: 20 XMIN, TEMP: 36.8°C, SOP2: 99%, PESO: 96 KG, TALLA: 164 CM, MEDICO DE TURNO VALORA Y ORDENA:

TRATAMIENTO
1.SSN 0.9% 500 CC IV
2.HIOSCINA + DIPIRONA 2.5 MG IV
3.REVALORAR
4.CVS Y AC

SE TRASLADA USUARIA HASTA CAMILLA DE SALA DE PROCEDIMIENTO CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS DE MANERA VERBAL Y CLARA SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR Y CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ACEPTAR Y COMPRENDER.

CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE CANALIZA VENA DORSAL DEL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON YELCO N. 20 Y SE DEJA VENA PERMEABLE Y FIJADA CON ESPARADRAPO PASANDO SSN 0.9% 500CC A 70CC/H SIN NINGUNA COMPLICACION.

SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS MEDIANTE PREVIA AUTORIZACION DE LA USUARIA Y BAJO INTERROGACION A QUE SI ES ESTA ALERGICA A ALGUN MEDICAMENTO ESTA RESPONDE QUE NO ES ALERGICA A NADA, SE PROCEDE A ADMINISTRAR MEDIANTE PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA AMPOLLA DE HIOSCINA COMPUESTA VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 10 CC DE SSN 0.9% SE PASA LENTA Y SIN COMPLICACION

13:00 QUEDA USUARIA FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CON BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS CON DX R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS, ACEPTO Y TOLERO TTO MEDICO ORDENADO, EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, DESPIERTO, ALERTA AL LLAMADO, AFEBRIL, MUCOSA ORAL HUMEDA,TOLERANCIA A VIA ORAL, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CON SIGNOS VITALES TA: 117/69 MMHG, FC: 84 XMIN, FR: 19 XMIN, TEMP: 36.3°C, SOP2: 98% AMBIENTE, VENA PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CATETER 20 PASANDO SSN 0.9% A AMANTENIMIENTO SIN FLEBITIS, ABDOMEN LEVE DOLOR TIPO COLICO EN MESOGASTRIO IRRADIADO A FOSA ILIACA DERECHA. EXTREMIDADES SIMETRICAS, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR ADECUADO. PENDIENTE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIO, REVALORAR.

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
ABDOMEN AGUDO	R100
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104

Observaciones o Sugerencias

OBSERVACION

Impreso por:

Mayerly Rojas

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.512.381
FALLA MANRIQUE
APELLIDOS
DIANA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1977
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
16-ABR-1998 HOBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1904300-00182157-F-0026512381-20090930 0016707049A 1 33002152

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
APELLIDOS
GIRALDO GOMEZ
NOMBRES
CARLOS ENRIQUE



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1969

HOBO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 A+ M

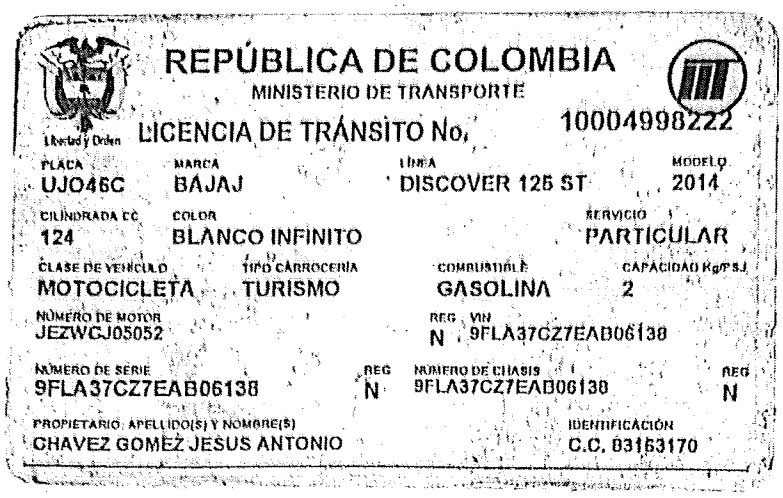
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-SEP-1988 HOBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

0043000011021572 M 0083163170 20090930 0016707642A 1 33002151



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10004998222

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
UJO46C	BAJAJ	DISCOVER 125 ST	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	BLANCO INFINITO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/P.S.J
MOTOCICLETA	TURISMO	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: JEZWCJ05052 — REG: N — VIN: 9FLA37CZ7EAB06138

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9FLA37CZ7EAB06138	N	9FLA37CZ7EAB06138	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CHAVEZ GOMEZ JESUS ANTONIO

IDENTIFICACIÓN: C.C. 83163170



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 12

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902013000029774

I/E: I

FECHA IMPORT.: 18/02/2013

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA: 25/02/2013

FECHA EXP. LIC. TTO.: 25/02/2013

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02001742874

Powered by CamScanner

SOAT

POLIZA DE SEGUROS DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC AÑO | MES | DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA
2022-12-23	2022-12-24	2023-12-23

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA	MODELO
8097727100	UJO46C	MOTOS	PARTICULAR	124	2014

PASAJER	MARCA	CARROCERÍA
2	BAJAJ	

LÍNEA VEHICUL	
DISCOVER 125 ST	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
JEZWCJ05052	9FLA37CZ7EAB06138	9FLA37CZ7EAB06138	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CHAVEZ GOMEZ, JESUS ANTONIO	3209773361	CC	83163170	CAMPOALEGRE

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	8911000793012	0	HOBO

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 278100

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS	800*	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA

asta 300 SMLDV, para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. ecreto 2487 - 2022.

ñor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

acuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier mento.

cuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

té atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas nómicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los os de la atención de las víctimas del accidente.

aso de accidente de tránsito:

siguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al r del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las nas.

ún prestador de servicios de salud del país pueda negarse a atender víctimas de accidentes tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la ntendencia Nacional de Salud.

los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución dora de servicios de salud.

Presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a tercero

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

Powered by CamScanner

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/17

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-FEC1-54895 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

HISTORIA No. 26512381

GLOSA No: ZGL-1-42876 **SINIESTRO:** 54895

>> ITEM GLOSADO 1: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA NUEVAMENTE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADO AL PACIENTE.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ART 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL DICLOFENACO Y CLORURO SUMINISTRADO AL PACIENTE. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: COR-CLORURO-BOLS CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	18790.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	18790.00	SE ANEXA REGITRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LO CANALIZAN Y LOS CLORUROS FUERON UTILIZADOS PARA DILUIR EL MEDICAMENTO QUE LE ORDENO EL MEDICO TRATANTE AL PACIENTE COMO LO INDICA EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO EN LA EPICRISIS ANEXADA ANTERIORMENTE.

Recibido!
22 de Enero del 2024
20237399

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: 2024/01/17

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-FEC1-54895 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA

HISTORIA No. 26512381

GLOSA No: ZGL-1-42876 **SINIESTRO:** 54895

>> ITEM GLOSADO 1: BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	4892.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	4892.00	SE ANEXA NUEVAMENTE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADO AL PACIENTE.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL DICLOFENACO Y CLORURO SUMINISTRADO AL PACIENTE. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: COR-CLORURO-BOLS CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER

¬ ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	18790.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	18790.00	SE ANEXA REGITRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LO CANALIZAN Y LOS CLORUROS FUERON UTILIZADOS PARA DILUIR EL MEDICAMENTO QUE LE ORDENO EL MEDICO TRATANTE AL PACIENTE COMO LO INDICA EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO EN LA EPICRISIS ANEXADA ANTERIORMENTE.

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:

>> ITEM GLOSADO 3: COR-DICLOFENACO-AM DICLOFENACO 75MG /3ML

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:

NUEVA GLOSA 7500.00

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: VALOR OBJETADO: DOCUMENTO ANEXO:

CONTESTADA 1 INSTANCIA 7500.00 SE ANEXA NUEVAMENTE REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADO AL PACIENTE.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA, SE REALIZA NUEVA AUDITORIA DE LA CUENTA Y SE EVIDENCIA QUE FUERON ANEXADOS TODOS LOS SOPORTES PERTINENTES PARA EL RESPECTIVO COBRO DE LA RECLAMACION COMO LO INDICA EL DECRETO 056/2015 ARTICULO 26. SE ANEXAN NUEVAMENTE SOPORTES SOLICITADOS DONDE SE EVIDENCIA EL DICLOFENACO Y CLORURO SUMINISTRADO AL PACIENTE. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 4: 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:

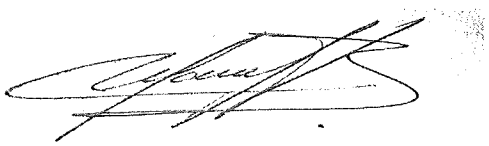
CONTESTADA 1 INSTANCIA 200.00 SE ANEXA SOPORTE DEL PROCEDIMIENTO E INSUMOS UTILIZADOS.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE LA ARTROCENTESIS QUE SE LE REALIZO AL PACIENTE EN LA RODILLA NO PUEDE EJECUTARSE EN SALA DE CURACION QUE SOLO ESTA DOTADA CON INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE CURACION COMO ESTA ESTIPULADO EN EL DECRETO 2423/96 ARTICULO 54 POR CONSIGUIENTE SE HACE EN SALA DE PROCEMIENTOS ESPECIALES QUE ESTA ADECUADA Y DOTADA PARA DICHO PROCEDIMIENTO EL CUAL SE EVIDENCIA LA UTILIZACION DE LA AGUJA HIPODERMICA. POR TANTO, SE SOLICITA QUE SE CANCELE EL VALOR OBJETADO.

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

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,151,994.00
VALOR GLOSADO :	31382.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	31382.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227498	**No.**	182671	**Siniestro**	90725417	**No. Factura**	FEC154895
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	29/09/2023	**Fecha aviso**	15/11/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	12/01/2024	**Póliza**	809772710	**Vigencia**	24/12/2022 **hast** 23/12/2023
Id tomador	83163170	**Nombre tomador**					
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Id accidentado	26512381	**Nombre**	DIANA PATRICIA FALLA MANRIQUE				
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA				
Diagnósticos	S701					**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	37201	ARTROCENTESIS		100%	65,300	0	65,300
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN AGUJA HIPODÉRMICA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		10,800	200	10,600
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML $4892, (5) CLORURO DE SODIO 100ML $18790, (3) DICLOFENACO $7500 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN. ' ' ' '	100%	108,994	31,182	77,812
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	244,200	0	244,200
1	39130	ATENCIÓN DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO		100%	74,600	0	74,600
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
2	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	129,000	0	129,000
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS		100%	86,100	0	86,100

1001	Cobrado	1,151,994
1002	Obj. Parcial	31,382
1003	Liquidado	1,120,612

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ALEJANDRA.ESCOBAR			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 167549

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167549 **Fecha** 2023/09/29

Nombre Paciente: FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA - 26512381 **Edad:** 46 **Sexo:** F

Quien Realiza: HJC- HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ **Sala:** 12 SALA DE PROCEDIMIENTOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37201	ARTROCENTESIS	HJC	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: PREVIO A ASEPCIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA ARTROCENTESIS DE RODILLA IZQUIERDA CON DRENAJE DE APROX 70 CC DE CONTENIDO SINOVIAL PROCEDIMIENTO QUE SE LLEVA ACABO SIN COMPLICACIONES

QUIEN REALIZA

Diana Patricia Falla

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Nov-2023 09:04:2

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: 2023.09.2 16:51
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 46 Años Fecha Egreso :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE ESTRATO: MUNICIPIO DIRECCION TELEFONO
26512381 FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA 1 NIVEL I HOBO CLL 4 A NO 6 19 3133682871

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.29	NUB	JERINGA	JERINGA X 50ML PRECISION CARE	KML	1.00
2023.09.29	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	KML	1.00
2023.09.29	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	KML	1.00
2023.09.29	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	KML	1.00
2023.09.29	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	KML	5.00
2023.09.29	LIF	AGUJA18	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	KML	1.00

PACIENTE: 26512381 FALLA MANRIQUE DIANA PATRICIA **EDAD:** 45

DIRECCION: CLL 4 A NO 6 19 **TELEFONO:** 3133682871

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59168 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.29 **Nº POLIZA:** 8097727100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 29 de septiembre de 2023						
17:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	ORAL	DIA	DANI	
17:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
17:28:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		DIA	DANI	
17:28:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	DANI	
17:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 5.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 30 de septiembre de 2023						
01:28:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	ORAL	NOCHE	MLD	
01:28:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
01:28:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
01:28:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 4.00

1A

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 ,2023.11.29	16:00:48	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54896

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 170474
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2023.11.23 - 08:47
FEC-HORA EGRESO: 2023.11.23 - 12:10

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075314830 GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI
EDAD : 25 Años
DIRECCION: CARRERA 51 B N 29-80 NEIVA
TELEFONO: 3204561942
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
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
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	2023.11.23	873206					MJJ	1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.23	873206					MJJ	1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.23	873121					MJJ	1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.23	873121					MJJ	1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.23	873121					MJJ	1	81,400	81,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.23	890302					HJC	1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.23	890701					MJJ	1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.23	S22101					MFA	1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	553,700	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	553,700

SON: QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.29 04:03:48 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 SU
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CI
CODIGO PRESTADOR: 110.181.1
Autorizacion de facturacion de la Dian: 187
la vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA De
00 AUTORIZA
Cufe: 77519e9995a7a887831b99b01a32db1021e349581a028f0 603d0964527
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia Di
ILLO Nit: 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Pr
COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227501

17

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:03:16 PM
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. FEC154896

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
77519e9995a7a887831b99b01a32db1021e349581a028f09fc4
82ecb4a7dc90f371368ca3be8394f86ecc603d0964527

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
553700

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
04804641ffd6e2852f4d900db55a1523c7284b3a98b621772316
0c040843c018989dcc692e0bd626574d85633b3f32c0

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 04:03:48.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:03:16 PM
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. FEC154896

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
77519e9995a7a887831b99b01a32db1021e349581a028f09fc482ecb4a7dc90f371368ca3be8394f86ecc603d0964527

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

CUDE:
28e9126a42748eebf0682f3a6d4e7552382bfc904e5fb5a836e6c44cdb55a6c08c3bb636d813eeb0d0961c335304b268

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 09:06:52.000 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:
d01130fe7a8ba2887c0f2f68e00251138f5fc17bece3aa0583d96e8612beff592d78bd3bd85541c68b5f8a4d4ef393b5

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:22:04.000 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

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. FEC154896

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
77519e9995a7a887831b99b01a32db1021e349581a028f09fc482ecb4a7dc90f371368ca3be8394f86ecc603d0964527

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
7dabb7a5f148bfa2fae3a28d6f6c870e7980e8ca0beeed198ad0fd153c0a2034e4620e8613ff957edccc5d33a645ca7d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:22:12.000 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

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 ,2023.11.29	16:00:48	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54896

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS: 170474
CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2023.11.23 - 08:47
FEC-HORA EGRESO: 2023.11.23 - 12:10

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075314830 GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI
EDAD : 25 Años
DIRECCION: CARRERA 51 B N 29-80 NEIVA
TELEFONO: 3204561942
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
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
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	2023.11.23	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.23	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.23	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.23	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.23	873121		MJJ				1	81,400	81,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.23	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.23	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.23	S22101		MFA				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	553,700	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	553,700

SON: QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.29 04:03:48 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: 77519e9995a7a887831b99b01a32db1021e349581a028f09fc482ecb4a7dc90f371368ca3be8394f86ecc603d0964527

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:	54896
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 544,300
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 9,400
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 402

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 Radicaci¾n: 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- 54896

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

GUTIERREZ — 1er.Apellido o Razon Social

GUTIERREZ — 2do.Apellido

DEICY — 1er.Nombre

FERNORI — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1075314830

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1998/11/12 Sexo: F[X] M

Direcci¾n: CARRERA 51 B N 29-80

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3204561942

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ] Huracßn [ ]

Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]

Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CALLE 18 CON CARRERA 16

Fecha Evento/Accidente: 2023/11/23 Hora: 08:05

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA KHX47G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR UN HUECO 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. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: VICTROY Placa: KHX47G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8104757100 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/03/2 Hasta: 2024/03/1

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CORTES — 1er.Apellido o Razon Social

ALVARO — 2do.Apellido

ENRIQUE — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1075276714

Direccion: CARRERA 51 B N 29 80

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3204561942 Total Folios: 0

19

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
GUTIERREZ	GUTIERREZ
1er.Nombre	**2do.Nombre**
DEICY	FERNORI

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075314830

Direcci¾n: CARRERA 51 B N 29 80

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3204561942

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/23 **a las** 08:47 **Fecha de Egreso:** 2023/11/23 **a las** 12:10

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	553700	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 60987

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI

DOC.IDENT:	CC 1075314830	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 51 B N 29-80		
FCHA.NACTO:	1998.11.12	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3204561942
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.11.23 — HORA DE INGRESO: 08:47
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.11.23 — HORA DE EGRESO: 12:10
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.11.23-09:26:26 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 CONDUCTORA DE LA MOTO CON PLACA KHX47G QUIEN PIERDE EL CONTROL POR UN HUECO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 09+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: 116/76 FC: 87 FR: 20 TEMP: 36 PESO: 72 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA .
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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>>

16

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

EPICRISIS No. 60987

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI

DOC.IDENT:	CC 1075314830	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 51 B N 29-80		
FCHA.NACTO:	1998.11.12	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3204561942
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL CON EDEMA EN MUSLO, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE DERECHOS NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- SS/ VALORACION POR ORTIOEDIA
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.11.23-09:51:29 MEDICO: / (JEFE ENF. MFA - MARYURY FAJARDO ALARCON - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:27 / 09:28 DURACION: 00:00

15

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

EPICRISIS No. 60987

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI

DOC.IDENT:	CC 1075314830	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 51 B N 29-80		
FCHA.NACTO:	1998.11.12	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3204561942
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARYURY FAJARDO ALARCON

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

09:27CON 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 ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG INTRAMUSCULAR EN GLUTEO DERECHO .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

*** FECHA: 23.11.23-12:02:33 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 23.11.23-12:06:31 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MUSLO, RODILLA, PIERNA TOBILLO Y PIE DERECHOS , AL EXAMEN FISICO: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN RODILLA Y PIERNA DERECHAS NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 3 DIAS

*** FECHA: 23.11.23-12:09:42 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

1A

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

EPICRISIS No. 60987

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI

DOC.IDENT:	CC 1075314830	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 51 B N 29-80		
FCHA.NACTO:	1998.11.12	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3204561942
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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 UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR 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.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HROAS., DURACION TRATAM: 20, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORA.S, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.11.23-12:12:19 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.23-12:10:09 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

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

EPICRISIS No. 60987

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI

DOC.IDENT:	CC 1075314830	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CARRERA 51 B N 29-80		
FCHA.NACTO:	1998.11.12	EDAD:	25 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3204561942
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O-				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO		
RELACIONADO 1: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 2: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA		

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

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 170474

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -170474 **Fecha** 23/11/2023

Nombre Paciente: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI - 1075314830 **Edad:** 25 **Sexo:** F

Quien Realiza: MFA- MARYURY FAJARDO ALARCON **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
5. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
4. S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
5. S900-CONTUSION DEL TOBILLO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	MFA	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 09:27CON 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 ADMINISTRA DICLOFENACO 75MG INTRAMUSCULAR EN GLUTEO DERECHO .TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

Maryury FA
QUIEN REALIZA

Deicy Fernori
FIRMA DE PACIENTE

PACIENTE: 1075314830 GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI **EDAD:** 25

DIRECCION: CARRERA 51 B N 29-80 **TELEFONO:** 3204561942

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60206 **FECHA SINIESTRO:** 2023.11.23 **Nº POLIZA:** 8104757100

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 23 de noviembre de 2023						
09:27:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	MFA	
09:27:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
09:27:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

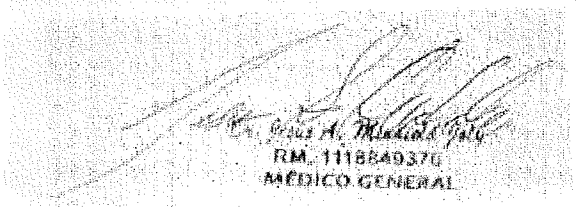
DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 8756349-8753436

Paciente: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI No. Identif. 1075314830 Edad. 25

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.11.23

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 6 HROAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 8 HORA.S



MEDICO

FARMACIA

Deicy Gutierrez

PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

FECHA EMISION:	2023.11.23
HORA:	12:14:25
PAGINA No:	1

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -198600

USUARIO: GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI **FECHA DE PEDIDO:** 2023/11/23

DOC.IDENT: CC 1075314830 **CAMA:** - **ORIGEN:**

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS **MEDICO:** Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Deicy Fernori Gutierrez

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.29
HORA:	11:09:58
PAGINA No:	1

Numero: 84837 Fecha Ex. 23/11/23 Hora 17:37
Nombre Paciente: 1075314830 GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI
Dirección: CARRERA 51 B N 29-80 Telefono:3204561942 Edad:25 A Sexo:F
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua del pie derecho observándose las estructuras osteoarticulares con aspecto anatómico y relaciones articulares conservadas.
Hay edema de los tejidos blandos del pie.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACION

*HALLAZGOS

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 FEMUR DERECHO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP del fémur derecho observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en la única proyección presentada.

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna derecha observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas de las estructuras óseas de la pierna.

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 conservadas.

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, 23-11-2023

Señores Ecuidad

Ciudad

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

Yo Deicy Fernori Gutierrez identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075314830, 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, producto de las atenciones prestadas desde DD/MM/AAAA a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Deicy Gutierrez

Firma
Nombre:
c.c. 1075314830

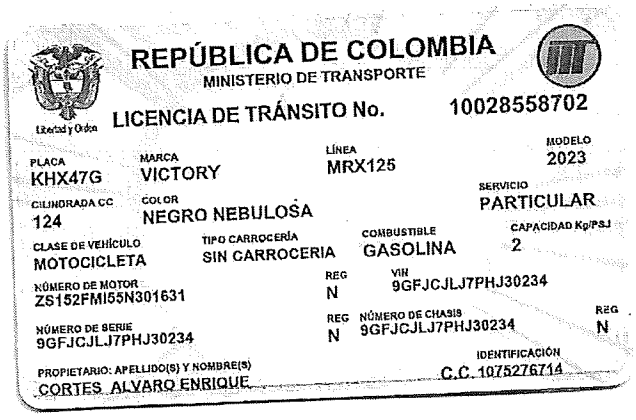
Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

6



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028558702

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KHX47G	VICTORY	MRX125	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kp/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: ZS152FMI55N301631
REG: N
VIN: 9GFJCJLJ7PHJ30234

NÚMERO DE SERIE: 9GFJCJLJ7PHJ30234
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9GFJCJLJ7PHJ30234
REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
CORTES ALVARO ENRIQUE

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1075276714

5



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ****** POTENCIA HP 9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902022000151230

VE | FECHA IMPORT. 15/09/2022 PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - FG MOTORS S.A.S

FECHA MATRÍCULA 02/03/2023

FECHA EXP. LIC. TTO. 02/03/2023

FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT0700232157

A.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1075314830
NOMBRES	DEICY FERNORI
APELLIDOS	GUTIERREZ GUTIERREZ
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
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	23/10/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/23/2023 08:49:33	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

3

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 - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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:	KHX47G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10028558702	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	MRX125
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFJCJLJ7PHJ30234	NÚMERO DE MOTOR:	ZS152FMI55N301631
NÚMERO DE CHASIS:	9GFJCJLJ7PHJ30234	NÚMERO DE VIN:	9GFJCJLJ7PHJ30234
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	02/03/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
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
8104757100	01/03/2023	02/03/2023	01/03/2024	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: 2024/01/17

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-FEC1-54896 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI

HISTORIA No. 1075314830

GLOSA No: ZGL-1-42871 **SINIESTRO:** 54896

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

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 ANTERIORM LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que co de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR LO QUE SE DEBE PROCER AL PAGO.

Recibido!
22 de Enero del 2024
20237400

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	553,700.00
VALOR GLOSADO :	9400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/17

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-FEC1-54896 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es GUTIERREZ GUTIERREZ DEICY FERNORI

HISTORIA No. 1075314830

GLOSA No: ZGL-1-42871 **SINIESTRO:** 54896

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

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 COD.39143 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" POR LO QUE SE DEBE PROCER AL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	553,700.00
VALOR GLOSADO :	9400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227501	**No.**	186419	**Siniestro**	90728455	**No. Factura**	FEC154896		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	23/11/2023	**Fecha aviso**	21/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	810475710	**Vigencia**	02/03/2023	**hast**	01/03/2024
Id tomador	1075276714	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075314830	**Nombre**	DEICY FERNORI GUTIERREZ GUTIERREZ						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S701					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
2	21101	MANO, DEDOS, PUNO (MUNECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%, 100%	125,600	0	125,600
3	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	244,200	0	244,200
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 39143 NO PERTINENTE SE HUMOLOGA A COD 39132 TENIENDO EN CUENTA LO REPORTADO EN HC.	100%	64,500	9,400	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			500	0	500
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	19,100	0	19,100

1001	**Cobrado**	**553,700**
1002	**Obj. Parcial**	**9,400**
1003	**Liquidado**	**544,300**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			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 ,2023.11.29	17:14:58	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54911

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: AMBULATORIA
ORDEN SS: 169754

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.11.10 - 14:44	2023.11.10 - 20:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26593037 CASTRO MONTILLA GENOVEVA EDAD : 52 Años
DIRECCION: CALLE 1 # 2 - 75 TERUEL TELEFONO: 3185368731

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA (BLOW OUT)	10-Nov-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	MIP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	10-Nov-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	10-Nov-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	10-Nov-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
16401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	10-Nov-2023	39008	4	10	75.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	438,300	438,300
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39108	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	251,600	251,600
39121	GRUPO 10	10-Nov-2023	39121	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	119,300	119,300
39212	GRUPO 10	10-Nov-2023	39212	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	522,300	522,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	10-Nov-2023	39304	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	438,600	438,600
16360	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	10-Nov-2023	39008	4	10	75.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	438,300	438,300
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39108	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	251,600	251,600
39121	GRUPO 10	10-Nov-2023	39121	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	119,300	119,300
39212	GRUPO 10	10-Nov-2023	39212	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	522,300	522,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	10-Nov-2023	39304	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	438,600	438,600
	2i=Via,#R,=Ciruj										
2433	REDUCCION FRACTURA	10-Nov-2023	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	237,300	237,300
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	135,700	135,700
39120	GRUPO 09	10-Nov-2023	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	64,900	64,900
39211	GRUPO 09	10-Nov-2023	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	392,500	392,500
39303	GRUPOS 07 08 09	10-Nov-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI											
	MIDTORNILLO 2.0X6 MM								1	150,000	150,000
	MIDTORNILLO 2.0X8 MM								2	160,000	320,000
	MIDTORNILLO 1.6 X 4 MM								4	138,840	555,360
	MIDFIX 1.6 RECTA X 4 AGUJEROS								1	427,300	427,300
	MINIFIX 2.0 RECTA RIGIDA (DORADA) 8 AGUJEROS								1	723,900	723,900
	MINIFIX 2.0 EN T MALEABLE (AZUL) 5 AGUJEROS								1	699,800	699,800
	MINITORNILLO 2.3 X 8MM								1	241,400	241,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	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 S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO [illegible]

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 ***ina vigencia de: 12 Meses***
Modalidad ELECTRONICA D ***000 AUTORIZA***

Cufe: d7064be9e91df33e0bce7259dd5248a1d8d2f75b93c874 :02e1c2683ee5

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I JJILLO Nit. 93.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

¡Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227505

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:03:57 PM
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. FEC154911

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
d7064be9e91df33e0bce7259dd5248a1d8d2f75b93c8741d49d bd1972a7034f1091748b919d79f07d00c02e1c2683ee5

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
10634460

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
419cd7ef5bd6f919b0991ebf7b5c1d6fe94533ef8ac76a1d7303c 816d4fa2772822a845167f6aad5b93d6f10a60473f4

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 05:17:57.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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. FEC154911

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
d7064be9e91df33e0bce7259dd5248a1d8d2f75b93c8741d49d bd1972a7034f1091748b919d79f07d00c02e1c2683ee5

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

CUDE:
1962d047a18430d0a5e5e5ea4dfc283e2bfaa8c3521f2a53cc00 64f6fa58b59248e77e9e3f2f21356d7ce3c1f9bf4a3d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 10:36:35.000 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:
c8d8b235b158543b617241cf962f17dc920cc9028a7272f2bc2d a8c6f3f8e81ed0258982bb9b4f51a9b5b2d7f0cdce61

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:10:40.000 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

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. FEC154911

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
d7064be9e91df33e0bce7259dd5248a1d8d2f75b93c8741d49d bd1972a7034f1091748b919d79f07d00c02e1c2683ee5

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
fd31dbc15005ed6217c1236faa0ff48fb0cd90550b5e4461555da 46c2bc6ede3870291df925699b198a58330c67b2e62

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:10:49.000 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

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 ,2023.11.29	17:14:58	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54911

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 169754
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.11.10 - 14:44 | 2023.11.10 - 20:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 26593037 CASTRO MONTILLA GENOVEVA EDAD : 52 Años
DIRECCION: CALLE 1 # 2 - 75 TERUEL TELEFONO: 3185368731

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS										
	1i Interv 100%										
16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA (BLOW OUT)	10-Nov-2023	39008	1	10	100.0%	1-CIRUJANO	MIP	1	584,400	584,400
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39108	1		100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	335,500	335,500
39121	GRUPO 10	10-Nov-2023	39121	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	159,000	159,000
39212	GRUPO 10	10-Nov-2023	39212	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	1,044,600	1,044,600
39304	GRUPOS 10 11 12 13	10-Nov-2023	39304	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	584,900	584,900
	2i+ #Via, =Ciruj										
16401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	10-Nov-2023	39008	4	10	75.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	438,300	438,300
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39108	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	251,600	251,600
39121	GRUPO 10	10-Nov-2023	39121	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	119,300	119,300
39212	GRUPO 10	10-Nov-2023	39212	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	522,300	522,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	10-Nov-2023	39304	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	438,600	438,600
16360	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	10-Nov-2023	39008	4	10	75.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	438,300	438,300
39108	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39108	4		75.00%	2-ANESTESI	JHT	1	251,600	251,600
39121	GRUPO 10	10-Nov-2023	39121	4		75.00%	3-AYUDANT	CLF	1	119,300	119,300
39212	GRUPO 10	10-Nov-2023	39212	4		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	522,300	522,300
39304	GRUPOS 10 11 12 13	10-Nov-2023	39304	4		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	438,600	438,600
	2i=Via,#R,=Ciruj										
2433	REDUCCION FRACTURA	10-Nov-2023	39007	7	09	50.00%	1-CIRUJANO	MIP	1	237,300	237,300
39107	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	10-Nov-2023	39107	7	09	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	135,700	135,700
39120	GRUPO 09	10-Nov-2023	39120	7		50.00%	3-AYUDANT	CLF	1	64,900	64,900
39211	GRUPO 09	10-Nov-2023	39211	7		50.00%	4-DER.SALA	CLF	1	392,500	392,500
39303	GRUPOS 07 08 09	10-Nov-2023	39303	7		75.00%	5-MATERIAL	CLF	1	276,700	276,700
	MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI										
	MIDTORNILLO 2.0X6 MM								1	150,000	150,000
	MIDTORNILLO 2.0X8 MM								2	160,000	320,000
	MIDTORNILLO 1.6 X 4 MM								4	138,840	555,360
	MIDFIX 1.6 RECTA X 4 AGUJEROS								1	427,300	427,300
	MINIFIX 2.0 RECTA RIGIDA (DORADA) 8 AGUJEROS								1	723,900	723,900
	MINIFIX 2.0 EN T MALEABLE (AZUL) 5 AGUJEROS								1	699,800	699,800
	MINITORNILLO 2.3 X 8MM								1	241,400	241,400
	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO										
	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO								1	9,500	9,500
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	0	0
	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH								1	0	0
015307	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL								1	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	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: d7064be9e91df33e0bce7259dd5248a1d8d2f75b93c8741d49dbd1972a7034f1091748b919d79f07d00c02e1c2683ee5

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

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 ,2023.11.29	17:14:58	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54911

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								7	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14								1	0	0
	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA BIOLIFE								1	0	0
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED								1	0	0
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								2	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								1	0	0
	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
010101	SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG								1	4,700	4,700
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								10	0	0
010101	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI								1	0	0
126705	TUBO ENDOTR NO. 7.5 CON BALON SUM-MED								1	17,600	17,600
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION								50	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								50	0	0
19960774	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP								1	0	0
19987766	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML								3	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								135	0	0
19908237	AMIKACINA 500 MG / 2 ML								2	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19960016	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML								1	0	0
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								120	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.11.10	890202		MIP				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.11.10	890202		JHT				1	55,100	55,100

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: d7064be9e91df33e0bce7259dd5248a1d8d2f75b93c8741d49dbd1972a7034f1091748b919d79f07d00c02e1c2683ee5

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

A1

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 ,2023.11.29	17:14:58	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54911

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

VALOR BRUTO:	10,634,460	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	10,634,460

SON: DIEZ MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.29 05:17:57 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: d7064be9e91df33e0bce7259dd5248a1d8d2f75b93c8741d49dbd1972a7034f1091748b919d79f07d00c02e1c2683ee5

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

FACTURA:	54911
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 9,366,360
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 1,268,100
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 431

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 Radicaci¾n: 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- 54911

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

CASTRO — 1er.Apellido o Razon Social

MONTILLA — 2do.Apellido

GENOVEVA — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS [ ] PT

No. Documento: 26593037

De: 41801 Fecha de Nacimiento: 1971/08/3 Sexo: [X] F [ ] M

Direcci¾n: CALLE 1 N 2 75

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3185368731

Municipio: TERUEL Cod. 801

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 6 VIA PALERMO TERUEL

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/1 Hora: 17:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: PALERMO Cod. 524 Zona: [ ] U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA ORB67E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA A EL ATRAVESARSE UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: HERO Placa: ORB67E

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8109753800 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/05/4 Hasta: 2024/05/3

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CASTRO — 1er.Apellido o Razon Social

MONTILLA — 2do.Apellido

JOSE — 1er.Nombre

ELIAS — 2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

No. Documento 83224746

Direccion: CALLE 1 N 2 75

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TERUEL Cod. 801 Telefono: 3185368731 Total Folios: 0

4A

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CASTRO	MONTILLA

1er.Nombre	2do.Nombre
GENOVEVA	

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 26593037

Direcci¾n: CALLE 1 N 2 75

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3185368731

Municipio: TERUEL **Cod.** 801

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/10/1 a las 19:31

Prestador que remite: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE **C¾digo de inscripci¾n:** 418010026101

Direccion: CARRERA 3 N 3 38 **Telefono:** 8780303 HUILA-TERUEL

Profesional que Remite: LYDA LUCERO GUZMAN YARA **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/10/1 a las 19:46

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/10 **a las** 14:44 **Fecha de Egreso:** 2023/11/10 **a las** 20:53

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S917 HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

Diagnostico presuntivo de Egreso
S917 HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

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
S011 HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCULAR

Diagnostico relacionado de Egreso
S011 HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCULAR

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
OSCAR	ALEXIS

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	MENESES

Tipo Documento CC [X] CE [ ] 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	10634460	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

A3

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.10.01	HORA DE INGRESO: 23:38
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA	FECHA DE EGRESO: 2023.10.02	HORA DE EGRESO: 12:43
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO:	S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE
CONFIRMADO:	S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
RELACIONADO1:	S011 - HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCULAR
RELACIONADO2:	S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.02-00:28:54 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 CONDUCTORA DE MOTO CON PLACA ORB67E, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA A EL ATRAVESARSE UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 23+38
INGRESA PACIENTE REMITIDO DE TERUEL, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS 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: 160 PESO: 55 IMC: 22 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM AFRONTADA, HERIDA EN REGION SUPRACILIAR DE 4 CM AFROTADA, EQUIMOSIS PALPEBRAL IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACION DE REBORDE ORBITARIO Y MACIZO FACIAL, MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL CON FRACTURA DE PROTESIS DENTAL SUPERIOR REMOVIBLE.
<<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

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

BIEN VENTILADOS, EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS NI MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, ABRASION EN REGION DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA
<<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, CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO CON HEMATOMA, EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA CON EQUIMOSIS, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. RODILLAS CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. TOBILLO IZQUIERDO CON HERIDA SOBRE CARA ANTERIOR AVULSIVA SUCIA DE APROXIMADAMENTE 5 CM. ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO EN ANTEBRAZO, MANO Y TOBILLO IZQUIERDOS, ASI COMO TAMBIEN EN RODILLAS Y PIERNA IZQUIERDA.
<<NEUROLOGICO>>
PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++), CEFALEA INTENSA 8/10
<<PIEL>>
LO DESCRITO PREVIAMENTE
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, NO HAY PERDIDA DEL ESTADO DE CONSCIENCIA PERO PERSISTE CON DLOPOR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR CX PLASTICA, ORTOPEDIA, NEUROCX Y ODONTOLOGIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, PTT, PT, GLICEMIA
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA

** PLAN DE MANEJO:
- DIETA NORMAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.

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

EPICRISIS No. 60095

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- PREVENIR CAIDAS.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- SS VALORACION POR CX PLASTICA, ORTOPEDIA, NEUROCX Y ODONTOLOGIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARILLA CONSTANTE
- 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

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: 12 Hrs, DOSIS: 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.02-00:53:31 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 00:35 / 00:40 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

00:35 HRS// 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 MULTIPLES 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: 23.10.02-02:51:03 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
POR HALLAZGOS EN TOMOGRAFIA SS CONCEPTO A CX MAXILOFACIAL

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEUC:10620, NEUT:76.8, LINF:18.6, HGB:12.6, HTO:36.4, PLAQ:210.000
PT:14.2, INR:0.97, PTT35
BUN:17
GLUCOSA:99
CREATININA:0.6

SIN LEUCOCITOSIS, HGB ESTABLE, PLAQUETAS NORMALES, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, GLUCOSA ALERATORIA NEGATIVO.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA:NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO:NO FRACTURAS, NO FISURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO HEMATOMAS, CISTERNAS DE LA BASE PERMEABLE, FRACTURA PARED POSTERIOR DE ORBITA IZQUIERDA, IMAGEN SUGESTIVA DE LESION OCUPANTE DE ESPACIO FRONTAL IZQUIERDA CON EDEMA PERILESIONAL.

TAC DE CARA: FRACTURA DE PARED POSTERIOR DE ORBITA IZQUIERDA, HEMOSENO MAXILAR IZQUIERDO.

***** FECHA: 23.10.02-02:55:23 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CARA: FRACTURA DE PARED POSTERIOR DE ORBITA IZQUIERDA, HEMOSENO MAXILAR IZQUIERDO. FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO IZQUIERDO

***** FECHA: 23.10.02-08:05:02 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

VALORACION POR ODONTOLOGIA

***** FECHA: 23.10.02-08:17:06 MEDICO: / (DR(A). GMA - GINA MERICY ANDRADE - C.C. 36067086 - REG. MEDICO: 36067086 - ONDOTOLOGIA GRAL)***

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

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:
VALORACION ODONTOLOGICA. PACIENTE VALORADO EN SERVICIO DE URGUENCIAS POR TRAUMA DENTOALVEOLAR POR ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTA EDEMATIZACION Y MULTIPLES LACERACIONES, DOLOR, EQUIMOSIS DE LABIOS Y ENCIAS, LIMITACION EN APERTURA BUCAL, MOVILIDAD DENTAL Y FRACTURAS DE LOS MISMOS. SE DA INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL Y DIETA, SE REMITE PARA CONSULTA EXTERNA PARA TOMA DE RADIOGRAFIA, DEFINIR DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS. SE CIERRA CONSULTA POR ODONTOLOGIA

*** FECHA: 23.10.02-09:04:36 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MANO, ANTEBRAZO ,TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA DE RODILLAS BILATERAL , ABRASIONES MULTIPLES TRAUMA EN CARA TCE LEVE
AL EXAMEN FISICO: CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO CON HEMATOMA, EDEMA, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, ASOCIADO A GRAN ABRASION SUCIA, CONTAMINADA, CON TATUAJE DE ASFALTO, MUÑECA Y MANO IZQUIERDA CON EQUIMOSIS, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. RODILLAS CON ABRASIONES SUPERFICIALES, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. TOBILLO IZQUIERDO CON HERIDA SOBRE MALEOLO LATERAL ABRASIVA SUCIA DE APROXIMADAMENTE 4 CM NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES

** PLAN DE MANEJO:
PLAN: ALTA POR ORTOPEDIA
PENDIENTE VALORACION Y TRATAMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA , ODONTOLIGA NEUROCIRUGIA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 15 DIAS

*** FECHA: 23.10.02-09:23:07 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN ES VALORADA POR ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y DECIDE DAR EGRESO POR SU ESPECIALIDAD, CON RECOMENDACIONE SY SIGNOS DE ALARMA, CONTINUAR MANEJO POR LAS OTRAS ESPECIALIDADES.

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

*** FECHA: 23.10.02-10:27:48 MEDICO: / (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO DE 52 AÑOS CON TRAUMA FACIAL IMPORTANTE, CON MULTIPLES HERIDAS SUTURADAS, EDEMA INTENSO EN

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

HEMICARA IZQUIERDA, CON DOLOR EN MACIZO FACIAL Y DOLOR A LA APERTURA ORAL.

SE TOMA TAC DE CARA: QUE EVIDENCIA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO-MALAR, FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR PAREDES ORBITARIAS COMPRESION DE ORBITA IZQUIERDA.

POR LO ANTERIOR PACIENTE SE BENEFICIA DE MANEJO QUIRURGICO CUANDO MEJOREN LAS CONDICIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS EN CARA. SE PROGRAMA PARA CIRUGIA. SE PIDEN MATERIALE SY PROCEDIMIENTOS PARA ESTO.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES Qx:

PROGRAMACION DE CIRUGIA
PROGRAMAR: PRIORITARIO REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DEL MACIZO FACIAL (FRACTURA DE ARCO GINAOMTICO - MALAR- MAXILAR SUPERIOR PAREDES ORBITARIAS
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: SISTEMA 1.5 MM, PLACA ORBITAL DE 8 ORIFICIOS #1
TORNILLSO DE 1.5 MM * 7 MM #8
SISTEMA DE 2.0 MM
PLACA L IZQUIERDA CON PUENTE #1
TORNILLOS DE 2.0 MM *7 MM #6

FECHA A DEFINIR

***** FECHA: 23.10.02-12:43:57 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN POR SUS LESIONES REQUIERE MANEJO EN SALAS DE CIRUGIA POR CIRUGIA PLASTICA. SE TRASLADA A ESTA UNIDAD.

TIENE PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA.
PENDIENTE PROGRAMACION POR MAXILOFACIAL DE FORMA AMBULATORIA CUANDO MEJOREN ESTADO DE LOLS TEJIDOS BLANDOS.
(PROCEDIMIENTO YA CARGADO)

** PLAN DE MANEJO:

** OTROS:

CITA DE CONTROL POR ODONTOLOGIA POR LA CONSULTA EXTERNA CON LAS INDICACIONES DADAS PREVIAMENTE
** 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. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.02-12:43:38 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.10.02-13:57:19 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: EDEMA Y EQUIMOSIS EN HEMICARA IZQUIERDA DE PREDOMINIO PARPADO INFERIOR. HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM SUTURADA CON SEDA CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA FRONTAL IZQUIERDA DE 4 CM SUTURADA CON SEDA CON BORDES MACERADOS Y NECROTICOS. AUSENCIA DE DIENTES EN MAXILAR SUPERIOR.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO, MANO Y TOBILLO IZQUIERDOS, ASI COMO TAMBIEN EN RODILLAS Y PIERNA IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA CON PERDIDA DE PIEL LOCAL EN CARA ANTERIOR DE TOBILLO IZQUIERDO DE 5 CM, PROFUNDA, CON BORDES MUY MACERADOS Y NECROTICOS.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 12:55 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 12:55 PM

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.02-13:00:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.10.02-13:57:34 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

ACCIDENTE DE TRANSITO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: EDEMA Y EQUIMOSIS EN HEMICARA IZQUIERDA DE PREDOMINIO PARPADO INFERIOR. HERIDA CÍLIAR IZQUIERDA DE 3 CM SUTURADA CON SEDA CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA FRONTAL IZQUIERDA DE 4 CM SUTURADA CON SEDA CON BORDES MACERADOS Y NECROTICOS. AUSENCIA DE DIENTES EN MAXILAR SUPERIOR.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO, MANO Y TOBILLO IZQUIERDOS, ASI COMO TAMBIEN EN RODILLAS Y PIERNA IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA CON PERDIDA DE PIEL LOCAL EN CARA ANTERIOR DE TOBILLO IZQUIERDO DE 5 CM, PROFUNDA, CON BORDES MUY MACERADOS Y NECROTICOS.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 12:55 PM

** ANALISIS PLAN:
PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO. SE INDICA TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA.

NOTA RETROSPECTIVA: 12:55 PM

***** FECHA: 23.10.02-14:33:05 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)*****

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: JHOAN ALBEIRO BAZAN

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 13:00 / 13:20 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
SUTURA HERIDA CARA; INCLUYE SUTURA LABIOS VIA: 4 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 4 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
DERMOABRACION AREA GENERAL VIA: 4 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 16506
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CARA: EDEMA Y EQUIMOSIS EN HEMICARA IZQUIERDA DE PREDOMINIO PARPADO INFERIOR. HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM SUTURADA CON SEDA CON BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA FRONTAL IZQUIERDA DE 4 CM SUTURADA CON SEDA CON BORDES MACERADOS Y NECROTICOS. AUSENCIA DE DIENTES EN MAXILAR SUPERIOR.
EXTREMIDADES: ABRASIONES CON TATUAJE TRAUMATICO CONTAMINADO CON TIERRA Y PIEDRAS EN ANTEBRAZO, MANO Y TOBILLO IZQUIERDOS, ASI COMO TAMBIEN EN RODILLAS Y PIERNA IZQUIERDA. HERIDA ABIERTA CON PERDIDA DE PIEL LOCAL EN CARA ANTERIOR DE TOBILLO IZQUIERDO DE 5 CM, PROFUNDA, CON BORDES MUY MACERADOS Y NECROTICOS.

DESCRIPCION:
- PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO)
- ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO POR ANESTESIOLOGO
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA MAS COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
- IDENTIFICACION DE HALLAZGOS ANOTADOS
- RETIRO DE PUNTOS DE SEDA EN CARA ENCONTRANDO HERIDAS PROFUNDAS CON BORDES MACERADOS Y NECROTICOS
- SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9% + DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS, MACERADOS, NECROTICOS Y NO VIABLES
- POR VIA 1, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA CILIAR IZQUIERDA CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL Y PROLENE. SE DEJA HERIDA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 2, SE REALIZA SUTURA DE HERIDA FRONTAL IZQUIERDA CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL Y PROLENE. SE DEJA HERIDA QUIRURGICA EXPUESTA.
- POR VIA 3, SE REALIZA CONFECCION DE COLGAJO DE PIEL REGIONAL COMPUESTO PARA COBERTURA DEFECTO EN TOBILLO IZQUIERDO SUTURANDOSE LA PIEL CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE. SE CUBRE AREA QUIRURGICA CON GASA + ISODINE + VENDAJES ELASTICOS.
- POR VIA 4, SE REALIZA DERMOABRASION MECANICA EN AREA GENERAL DESCRITAS DE ABRASIONES CON TATUAJE HASTA DEJARLAS LIMPIAS.
- SE REALIZA CURACION CON MERCURIO CROMO EN HERIDAS Y EXCORIACIONES.
- NO COMPLICACIONES.
- SANGRADO MINIMO.

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

EPICRISIS No. 60095

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.10.02-14:37:45 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR NEUROCIRUGIA.

** PROCEMIMIENTOS DIAGNOSTICOS:
NO

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
NO

** ANALISIS PLAN:
TRASLADO A OBSERVACION PARA MANEJO POR NEUROCIRUGIA
ALTA POR CIRUGIA PLASTICA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
FORMULA MEDICA
RECOMENDACIONES
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN 500 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

NAPROXENO 250 MG TAB.....20 TAB
TOMAR 1 CADA 12 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS

RECOMENDACIONES:
NO MOJAR CURACION EN TOBILLO IZQUIERDO HASTA MAÑANA DESPUES DEL MEDIO DIA; LUEGO, BAÑO NORMAL CON AGUA Y JABON
HIELO EN CARA HOY, MAÑANA Y PASADO MAÑANA
RETIRO DE PUNTOS EN CARA EN 7 DIAS
RETIRO DE PUNTOS EN TOBILLO IZQUIERDO EN 14 DIAS

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

EPICRISIS No. 60095

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

APLICAR RIFOCINA SPRAY (O MERCURIO CROMO) EN AREAS DE TRAUMA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
PROTECCION SOLAR POR 3 MESES EN AREAS DE TRAUMA (UTILIZAR EN CARA GORRA, CACHUCHA, SOMBRERO, SOMBRILLA, ETC)
ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA
TOMAR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ORDENADOS

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Observación SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.02-14:36:38 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA		
RELACIONADO 1:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 2:	S910 - HERIDA DEL TOBILLO		

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 Rodriguez Meneses
Médico Cirujano General
T.R. 1.031.151.920
FUJNC

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

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

EPICRISIS No. 60104

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.02 — HORA DE INGRESO: 14:45
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.11.10 — HORA DE EGRESO: 20:53
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO
RELACIONADO2: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.02-16:35:07 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN RETORNA PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA POR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO POR CIRUGIA PLASTICA. AL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NO DEFICIT NEUROLOGICO.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/74 FC: 80 FR: 18 TEMP: 364 TALLA: 160 PESO: 55 IMC: 22 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
HERIDA EN REGION CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM AFRONTADA, HERIDA EN REGION SUPRACILIAR DE 4 AM AFRONTADA, EQUIMOSIS PALPEBRAL IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACION DE REBORDE ORBITARIO Y MACIZO FACIAL, MUCOSAS HUMEDAS,.ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, VISION BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL CON FRACTURA DE PROTESIS DENTAL SUPERIOR REMOVIBLE.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS, SIMETRICO, NO DOLOR
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MUMURLLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAGREGADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION,
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. ABRASION SUPERFICIAL A NIVEL DE CRESTA ILIACA IZQUIERDA
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
PELVIS ESTABLE, NO DOLOROSA

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

EPICRISIS No. 60104

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<DORSO / EXTREMIDADES>>
ABRASIONES EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO LIMPIAS CON APLICACION DE MERCURIO CROMO. ABRASIONES EN RODILLA BILATERAL LIMPIAS CON APLICACION DE MERCURIO CROMO. TOBILLO IZQUIERDO CON HERIDA SUTURADA EN MALEOLO LATERAL LIMPIA CON APLICACION DE MERCURIO CROMO
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
LO DESCRITO EN EXTREMIDADES
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN RETORNA PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA POR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO POR CIRUGIA PLASTICA. AL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NO DEFICIT NEUROLOGICO. CONTINUA PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA.
SE DECIDE CONTINUAR CON MANEJO MANEJO INSTAURADO.

**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

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCION, 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

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.10.02-19:19:50 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 DIA DE AYER AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL MEDICO DE 1ER NIVEL DE DONDE REMITEN A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, EDEMA Y EQUIMOSIS HEMICARA IZQUIERDA Y ESCORIACIONES EN EXTREMIDADES
GLASGOW 15
TAC CEREBRAL: FRACTURA DE PARED POSTERIOR DE ORBITA IZQUIERDA, HIPODENSIDAD FRONTAL IZQUIERDA, LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE PRESENTES
IDX: TRAUMA DE CRANEO
CONMOCION CEREBRAL
ANALISIS: PACIENTE SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ALTERACION RADIOLOGICA, NO SE CONSIDERA DE MANEJO NEUROQUIRURGICO, SE VE HIPODENSIDAD FRONTAL IZQUIERDA QUE NO SE ORIGINA POR EL TRAUMA Y DEBE SER ESTUDIADA EN SU EPS
PLAN: SALIDA POR NEUROCIRUGIA

EPICRISIS No. 60104

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANALGESICOS
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

*** FECHA: 23.10.02-20:17:01 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 ANOTADOS QUIEN SE EVIDENCIA EPISODIO EMETICO POR LO QUE SE AJUSTA MANEJO A ESPERA DE MEJORIA PARA EGRESO.

** PLAN DE MANEJO:
METOCLOPRAMIA AMP 10 MG VI AHORA
SSN A 90CCH
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: VI NAHOA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: A 90CCHon, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.10.03-07:29:27 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE MANIFIESTA ESTA MEJOR, NO PRESENTA VOMITOS NI MAREO NI MAYORES ALTERACIONES. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE ORDENA EGRESO CON MEDICAMENTOS, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

YA SE ENTREGARON ORDENES AMBULATORIAS ORTOPEDIA, DE CIRUGIA PLASTICA, ODONTOLOGIA Y MAXILOFACIAL. EGRESA CON ANALGESICO Y ANTIBIOTICO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

CEFRADINA TABLETAS, TOMAR 1 (UNA) TABLETA CADA 6 HORAS (6AM 12PM 6PM 12 AM)X 6 DIAS

IBUPROFENO TABLETAS; TOMARSE 1 TABLETA CADA 8 HORAS PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA

ACETAMINOFEN TABLETAS, TOMARSE 1 (UNA) TABLETA CADA 8 HORAS (6AM 2PM 10 PM)

*** FECHA: 23.10.03-07:30:23 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:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

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

EPICRISIS No. 60104

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.03-07:29:38 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

***** FECHA: 23.10.09-09:39:48 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: 09:06 / 09:16 DURACION: 00:09

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

09:05H// USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 52 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CASA CON UN POP DE SUTURA HERIDA CARA, SUTURA HERIDA CARA, COLGAJO DE PIEL REGIONAL, DERMOABRACION AREA GENERAL CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

09:06H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE 3 CM Y 3 CM APROXIMADAMENTE EN CEJA IZQUIERDA, 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

09:16H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

***** FECHA: 23.10.16-10:13:22 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: 10:02 / 10:22 DURACION: 00:19

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: JOOSMAN PAQUE GONZALEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

USUARIO DE GENERO FEMENINO DE 52 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PROCEDENTE DE CONSULTA EXTERNA CON UN POP DE SUTURA DE HERIDA CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS.

10:03H// SE TRASLADA USUARIO A SALA DE CURACION, DONDE SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA EN DORSO DE PIE, EN PROCESO DE

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

EPICRISIS No. 60104

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

10:22H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

*** FECHA: 23.10.19-16:44:04 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONSULTA ORTOPEDIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 02/10/2023 CON TRAUMA EN MANO, ANTEBRAZO ,TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA DE RODILLAS BILATERAL , ABRASIONES MULTIPLES TRAUMA EN CARA TCE LEVE ASISTE HOY CONTROL ORTOPEDIA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:

** EXASMEN FISICO:
CABEZA : EQUIMOSIS EN POMULO IZQUIERDO CON DOLOR ALA OCLUSION
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PRESENTA EDEMA EN TOBILLO Y DORSO DE PIE IZUQIERDO CON LASERACION EN CARA EXTERNA DE TOBILLO CON NECROSIS DE PIEL SECA LIMPIA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

** ORDENES MEDICAS:

SE INDICA USO DE AGUA OXIGENDA EN LASERACIONES

2A

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

EPICRISIS No. 60104

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ALTA POR ORTOPEDIA
PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

*** FECHA: 23.10.19-16:53:52 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
SE INDICA USO DE AGUA OXIGENDA EN LASERACIONES
ALTA POR ORTOPEDIA
PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.19-16:53:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.11.07-08:38:36 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

** ANALISIS PLAN:
** MEDICAMENTOS:

PROCICAR O CRONOCICAR CREMA.....1 TUBO
APLICAR 2 VECES AL DIA POR 3 MESES Y MASAJEAR.

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.07-08:38:36 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.11.07-08:38:42 MEDICO: / (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONTROL POP (1 MES)

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO POR LO QUE REQUIRIO CIRUGIA. ACUDE A CONTROL POP. REFIERE SENTIRSE BIEN AUNQUE CON SENSACION DE "PICADAS" EN CICATRICES FACIALES. SE ESTA APLCIANDO CREMA MEDICADA EN LAS CICATRICES PERO NO RECUERDA EL NOMBRE.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NO REFIERE

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

EPICRISIS No. 60104

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** SIGNOS VITALES:
TA: 120/70 FC: 78 FR: 16 TEMP: 36

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

CARA: CICATRICES QUIRURGICAS EN BUEN ESTADO, PLANAS, NORMOCROMICAS, NO DOLOROSAS.
EXTREMIDADES: CICATRIZ EN TOBILLO IZQUIERDO SIN ALTERACIONES.
RESTO DENTRO DE PARAMETROS ACEPTABLES.

** EVOLUCION:
PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE. SE INDICA ALTA POR CIRUGIA PLASTICA.

SE RECOMIENDA CREMA Y MASAJES POR 3 MESES.

***** FECHA: 23.11.10-14:44:12 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 118/78 FC: 78 FR: 19 TEMP: 36.5 TALLA: 158 PESO: 58 IMC: 23

** EXASMEN FISICO:
SE EVIDENCIA ESCALON OSEO EN REBORDE INFRAORBITARIO IZQUIERDO. ESCALON OSEO A NIVEL DE FONDO DE SURCO YUGAL SUPERIOR IZQUIERDO.

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:10
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV ANTES DE CIRUGIA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2GR IV ANTES DE LA CIRUGIA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75MG IV AHORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

EPICRISIS No. 60104

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: BOLO DE 500CC, COTINUAR A 40 CC HORA , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.11.10-14:44:35 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.10-14:44:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.11.10-14:45:14 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

"PARA LA CIRUGIA"

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
NIEGA

** SIGNOS VITALES:
TA: 118/78 FC: 78 FR: 19 TEMP: 36.5 TALLA: 158 PESO: 58 IMC: 23

** EXASMEN FISICO:
SE EVIDENCIA ESCALON OSEO EN REBORDE INFRAORBITARIO IZQUIERDO. ESCALON OSEO A NIVEL DE FONDO DE SURCO YUGAL SUPERIOR IZQUIERDO.

** EVOLUCION:
NOTA RETROSPECTIVA 13:11
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 23.11.10-20:50:03 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)*
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO

21

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

EPICRISIS No. 60104

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

MEDICO CIRUJANO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BRRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 18:00 / 20:00 DURACION: 03:00

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA (BLOW OUT) VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REDUCCION FRACTURA VIA: 1 MEDICO: MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ

No. DESCRIPCION: 16791
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS:
FRACTURA MAXILAR Y MALAR IZQUIERDA IMPACTADO HACIA LATERAL.
FRACTURA DE REBORDE INFRAORBITARIO IZQUIERDO.
FRACTURA DE PISO DE ORBITA IZQUIERDO.
FRACTURA DE PARED LATERAL DE ORTBITA IZQUIERDA.
FRACTURA DE PARED ANTERIOR Y LATERAL DE SENO MAXILAR IZQUIERDO.
COMPROMISO DE NERVIO INFRAORBITARIO EN TRAZOS DE FRACTURA.

DESCRIPCION:
PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
BAJO ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION NASOTRAQUEAL.
SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INTRA Y EXTRAORAL.
COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES.
TAPON FARINGEO.
INFILTRACION CON ANESTESICO CON VASOCONSTRICTOR.
-VIA 1: SE REALIZA INCISION VESTIBULAR MAXILAR. ELEVACION DE COLGAJO. EXPOSICION DE FRACTURAS PARED ANTERIOR LATERAL DE SENO MAXILAR QUE SE EXTIENDE HACIA REBORDE INFRAORBITARIO IPSILATERAL + FRACTURA DE PILAR MAXILOMALAR Y NASOMAXILAR.
-VIA 2: SE PROCEDE A REALIZAR ABORDAJE EXTRAORAL TRANSCONJUNTIVAL. DISECCION POR PLANOS ANATOMICOS. SE EXPONE FRACTURAS DE PISO DE ORBITA REBORDE INFRAORBITARIO Y PARED LATERAL DE ORBITA.
SE PROCEDE A REALIZAR DESCOMPRESION DE ORBITA A TRAVES DE REDUCCION DE FRACTURA MALAR, PISO DE ORBITA REBORDE INFRAORBITARIO Y PARED LATERAL. SE REALIZA FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PLACAS Y TORNILLO
- POR VIA 3: SE PROCEDE A REALIZAR REDUCCION DE FRACTURA MAXILAR Y ARCO CIGOMATICO PREVIA EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO INFRAORBITARIO PARA PERMITIR REDUCCION. FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS.
LAVADO PROFUSO.
REPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS POR PLANOS ANATOMICOS.

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

EPICRISIS No. 60104

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

RETIRO DE FIJACION INTERMAXILAR.
RETIRO DE TAPON FARINGEO.
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

PLACA EN T NO ES POSIBLE FIJAR POR CALIDAD DE HUESO (OSTEOPENICA - MALA CALIDAD OSEA) NO SE LOGRA FIJACION SE CAMBIA PLACA

CASA COMERCIAL DEVICES
PLACA RECTA DE 4 ORIFICIOS 1.6 #1
PLACA RECTA RIGIDA DORADA DE 8 AGUJEROS # 1
PLACA EN T MALEABLE DE 5 ORIFICIOS # 1
TORNILLOS 1.6 X4MM #4
TORNILLOS 2.0 X 8MM #2
TORNILLOS 2.0 X 6MM #1
TORNILLO 2.0 EMERGENCIA 8MM #1

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.11.10-20:54:05 MEDICO: / (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION POSTOPERATORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, CITA DE CONTOL POR LA CONSULTA EXTERNA, RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** ANALISIS PLAN:
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN TAB X 500 MG,TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS 20
IBUPROFENO TAB X 400 MG,TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS 20
CEFALEXINA TAB X 500 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS..... 20,
TOMAR POR 7 DIAS Y SUSPENDER
RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS

** OTROS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, COMPRA WINADINE F (325/30MG), TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- 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.

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

EPICRISIS No. 60104

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA

DOC.IDENT:	CC 26593037	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CALLE 1 # 2 - 75		
FCHA.NACTO:	1971.08.03	EDAD:	52 A	CIUDAD:	TERUEL	TEL:	3185368731
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- ENJUAGUES BUCALES CON CLORHEXIDINA
- DIETA LIQUIDA INICIALMENTE Y SEGÚN TOLERANDIA BLANDA POSTERIORMENTE

** ORDENES MEDICAS:

CITA DE CONTROL EN 30 DIAS CON EL DRA PEREZ, SOLICITAR CON ANTELACION.
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 PM.

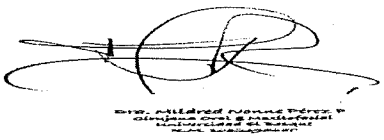
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CX MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.10-20:53:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: VEINTE (20) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 1:	S900 - CONTUSION DEL TOBILLO		
RELACIONADO 2:	S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO		

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@. MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
REG. MED: 1032395680

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16791

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -169754 Fecha 10/11/23

Nombre Paciente: CASTRO MONTILLA GENOVEVA 26593037 Edad: 52 Sexo: F

Hora inicio 18:00 Hora fin: 20:00 Duraci¾n: 03:00 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: MIP- MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionPAULA BRRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA	1. S800-CONTUSION DE LA RODILLA
2. S900-CONTUSION DEL TOBILLO	2. S900-CONTUSION DEL TOBILLO
3. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO	3. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
4. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	4. S009-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
5. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	5. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR; INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA	MIP	1 - 1i Interv 100%
16360	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT I); INCLUYE	MIP	1 - 1i Interv 100%
16401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	MIP	1 - 1i Interv 100%
2433	REDUCCION FRACTURA	MIP	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS:
FRACTURA MAXILAR Y MALAR IZQUIERDA IMPACTADO HACIA LATERAL.
FRACTURA DE REBORDE INFRAORBITARIO IZQUIERDO.
FRACTURA DE PISO DE ORBITA IZQUIERDO.
FRACTURA DE PARED LATERAL DE ORTBITA IZQUIERDA.
FRACTURA DE PARED ANTERIOR Y LATERAL DE SENO MAXILAR IZQUIERDO.
COMPROMISO DE NERVIO INFRAORBITARIO EN TRAZOS DE FRACTURA.

DESCRIPCION:
PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
BAJO ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION NASOTRAQUEAL.
SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INTRA Y EXTRAORAL.
COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES.
TAPON FARINGEO.
INFILTRACION CON ANESTESICO CON VASOCONSTRICTOR.
-VIA 1: SE REALIZA INCISION VESTIBULAR MAXILAR. ELEVACION DE COLGAJO. EXPOSICION DE FRACTURAS PARED ANTERIOR LATERAL DE SENO MAXILAR QUE SE EXTIENDE HACIA REBORDE INFRAORBITARIO IPSILATERAL + FRACTURA DE PILAR MAXILOMALAR Y NASOMAXILAR.
-VIA 2: SE PROCEDE A REALIZAR ABORDAJE EXTRAORAL TRANSCONJUNTIVAL. DISECCION POR PLANOS ANATOMICOS. SE EXPONE FRACTURAS DE PISO DE ORBITA REBORDE INFRAORBITARIO Y PARED LATERAL DE ORBITA.
SE PROCEDE A REALIZAR DESCOMPRESION DE ORBITA A TRAVES DE REDUCCION DE FRACTURA MALAR, PISO DE ORBITA REBORDE INFRAORBITARIO Y PARED LATERAL. SE REALIZA FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PLACAS Y TORNILLO
- POR VIA 3: SE PROCEDE A REALIZAR REDUCCION DE FRACTURA MAXILAR Y ARCO CIGOMATICO PREVIA EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO INFRAORBITARIO PARA PERMITIR REDUCCION. FIJACION CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS.
LAVADO PROFUSO.
REPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS POR PLANOS ANATOMICOS.
RETIRO DE FIJACION INTERMAXILAR.
RETIRO DE TAPON FARINGEO.
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16791

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -169754 Fecha 10/11/23

Nombre Paciente: CASTRO MONTILLA GENOVEVA 26593037 Edad: 52 Sexo: F

PLACA EN T NO ES POSIBLE FIJAR POR CALIDAD DE HUESO (OSTEOPENICA - MALA CALIDAD OSEA) NO SE LOGRA FIJACION SE CAMBIA PLACA

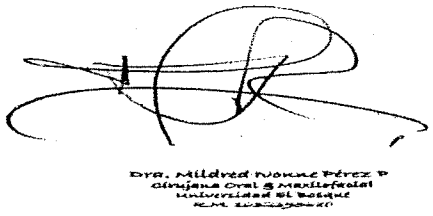
CASA COMERCIAL DEVICES
PLACA RECTA DE 4 ORIFICIOS 1.6 #1
PLACA RECTA RIGIDA DORADA DE 8 AGUJEROS # 1
PLACA EN T MALEABLE DE 5 ORIFICIOS # 1
TORNíLLOS 1.6 X4MM #4
TORNILLOS 2.0 X 8MM #2
TORNILLOS 2.0 X 6MM #1
TORNILLO 2.0 EMERGENCIA 8MM #1

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen



CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

26593037

ADMISION N_: 169754

NOMBRE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA **Num. Id-:** CC 26593037
FECHA NACIMIENTO: 1971.08.03 **EDAD:** 52 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.11.10 **HORA DE INGRESO:** 14:44:12 **Fecha/Hora de registro:** 2023.11.10 14:44
DIRECCION: CALLE 1 # 2 - 75 **CIUDAD:** TERUEL **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3185368731
OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:** VICTOR MANUEL PERDOMO
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.11.10

<< REGISTRO: 14:44:12 >> (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)

MOTIVO DE LA ATENCION:
TIPO DE CONSULTA: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
MOTIVO CONSULTA CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

"PARA LA CIRUGIA"

REVISION POR SISTEMA

NIEGA

ANTECEDENTES

--><<2023.10.02-00:28:54>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.U. 167618
PATOLOGICOS: INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES
QX: SAFENECTOMIA BILATERAL
FARMACOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS:NIEGA

--><<2023.10.02-13:57:19>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 167651
NO REFIERE

--><<2023.10.02-14:26:12>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 167651

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: SAFENOVARICECTOMIA BILATERAL

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS RAQUIDEAS SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

26593037

ADMISION N_: 169754

NOMBRE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA **Num. Id-:** CC 26593037
FECHA NACIMIENTO: 1971.08.03 **EDAD:** 52 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.11.10 **HORA DE INGRESO:** 14:44:12 **Fecha/Hora de registro:** 2023.11.10 14:44
DIRECCION: CALLE 1 # 2 - 75 **CIUDAD:** TERUEL **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3185368731
OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:** VICTOR MANUEL PERDOMO
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:44:12 >> (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)

10 / NO APLICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

OTROS: NEGATIVOS

--->><2023.11.07-08:38:42>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.ME: 169614
NO REFIERE

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 118/78 **FC:** 78 **FR:** 19 **Tmp:** 36.5 **PESO:** 58 **TALLA:** 158

EXAMEN FISICO

SE EVIDENCIA ESCALON OSEO EN REBORDE INFRAORBITARIO IZQUIERDO. ESCALON OSEO A NIVEL DE FONDO DE SURCO YUGAL SUPERIOR IZQUIERDO.

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S024 FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR

EVOLUCION

NOTA RETROSPECTIVA 13:10
TRASLADAR A SALAS DE CIRUGIA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

AMIKACINA 500 MG / 2 ML , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 GR IV ANTES DE CIRUGIA.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2GR IV ANTES DE LA CIRUGIA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75MG IV AHORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: BOLO DE 500CC, COTINUAR A 40 CC HORA
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

1A

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

26593037

ADMISION N_: 169754

NOMBRE: CASTRO MONTILLA GENOVEVA **Num. Id-:** CC 26593037
FECHA NACIMIENTO: 1971.08.03 **EDAD:** 52 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.11.10 **HORA DE INGRESO:** 14:44:12 **Fecha/Hora de registro:** 2023.11.10 14:44
DIRECCION: CALLE 1 # 2 - 75 **CIUDAD:** TERUEL **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3185368731
OCUPACION: 590 OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **RESPONSABLE:** VICTOR MANUEL PERDOMO
DIRECCION: _____
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 14:44:35 >> (DR(A). MIP - MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ - C.C. 1032395680 - REG. MEDICO: 1032395680 - MAXILOFACIAL)

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

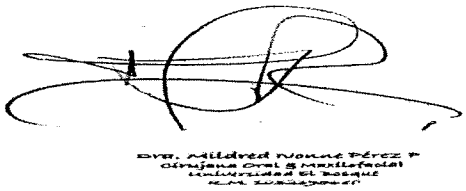
ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.10-14:44:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA MAXILOFACIAL
FECHA DE EGRESO: 2023.11.10 **HORA DE EGRESO:** 14:44:20 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. MILDRED IVONNE PEREZ PANTEVEZ
Registro Medico: 1032395680

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: _____

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

VALORACION PREANESTESICA

15

NOMBRE Gonzalo Pastor Montilla EDAD 52 A SEXO: F ☐ M ☒

IDENTIFICACION: C.C. ☒ R.C. ☐ T.I. ☐ OTROS ☐ No. 26593037 DE

FECHA DE ATENCION: 10-11-23

MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION PREANESTESICA Nicken abierta + osteosíntesis de

CIRUGIA A REALIZAR: Fijación Interna, cubital, clavo elástico, mixta

hipotiroidismo en tratamiento.

ANTECEDENTES: QX: ☐ PX: ☐ T-A: ☐ TX: ☐ AN: ☐

ESPECIFIQUE: Hipotiroidismo en tratamiento. Bajo consumo cigarrillo

cuyano - ocasional. Alergia a penicilina. Bajo consumo de alcohol.

LABORATORIOS: FECHA: Hb Hcto. PLAQUETAS PT PTT

GLICEMIA BUN CREATININA PdeO EKG

Rx DE TORAX

OTROS

EXAMEN FISICO: T/A: 120/80 74 Fr 21 PESO 55 KG TALLA ☐ CM

SENSORIO Conciente COMPLEXION Media PROTESIS No LENTES No

APERTURA ORAL < 4 DISTANCIA MENTOGLOTICA > 7 MALLAMPAT II

NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
CABEZA/CUELLO:		X	cuello en yugo. Especular
TORAX: RsCS			movilidad reducida. Dolor del
RsRS			hombro para con flexión ante
ABDOMEN:			en horizontal aducción.
PELVIS:			
GENITALES:			
EXTREMIDADES:			
NEUROLOGICO:			

CONCLUSIONES

ESTADO FISICO ASA: I CLASE FUNCIONAL: I

GOLDMAN: R.Q. Bajo INTERCONSULTAS

OBSERVACIONES: Manejo Anestesia general + Bloqueo

OTROS LABORATORIOS:

CON LO ANTERIOR AUTORIZO Y CERTIFICO AL MEDICO ANESTESIOLOGO A ADMINISTRAR LOS ANESTESICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS. RECONOZCO QUE SIEMPRE HAY RIESGOS PARA LA VIDA Y LA SALUD ASOCIADOS A LA ANESTESIA Y TALES RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS; SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ENTIENDO QUE EN CURSO DE LA INTERVENCION SE PUEDAN PRESENTAR SITUACIONES IMPREVISTAS QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES POR LO TANTO AUTORIZO LA REALIZACION DE ESTOS PROCEDIMIENTOS SI EL MEDICO LO JUZGA NECESARIO. RECONOZCO ASI MISMO QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INTERVENCION. Y POR ULTIMO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO HAN SIDO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI LIBRE ALBEDRIO.

ANESTESIOLOGO

R.M.

PACIENTE

C.C.

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Montt.	Genoveva	26993077

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
10 | 11 | 23 |	52	F M	160	55	1 2 3 4 5 U
Día Mes Año Hora	Años Meses Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Tumor de tercio de la tibia Tx amputacion de cadera

OPERACION PROPUESTA Tumor abierto y cierre Tx Amputacion

HISTORIA Y ANTECEDENTES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

NO NO Vena Varca Derivación de cadera

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO IOT SI NO VIA AEREA Nasal DIENTES protesis CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO NRA Bajo

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDURAL
	ESPINAL
/	GENERAL

Anestesia general + Cuadrado NRD.

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

PREFERIDA ACEPTA RECHAZA

NECESITA SANGRE NO C.C.

PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION Cx

REPARACION E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 | 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA 18:00

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION

HEMORRAGIA	Nega
REFLEJOS	pbrs
MOTILIDAD	Postop

OTRAS

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL rosa hdrl

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sala de recuperacion bajo anestesia general Sin complicaciones

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Alegre

FIRMA

11

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ___ CSA ___ CCC ___

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

230 22 210 20 190 18 170 16 150 14 130 12 110 10 90 8 70 6 50 4 30 2 10

I OT No ____ ▽
I NT No ____
E OT No ____ △
E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION ◉

NEONATO MASC ♂ FEM. a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ▩

E.C.G ∧∧∧

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6)
7)
8)
9)
10)
11)
12)
13)
14
15
16

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

Devices
World Medical Devices S.A.S.
NIT 900508998

Factura Electrónica De Venta No

No. WMD 5609

CLIENTE	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
NIT	800110181 9
DIRECCIÓN	Calle 18 No. 6-65
CIUDAD	Neiva
TELÉFONO	8756349
PACIENTE	GENOVEVA CASTRO MONTILLA
CC/HCL	26593037
FECHA CX	10/11/2023

FECHA FACTURA
21/11/2023
FECHA VENCIMIENTO
05/01/2024
FORMA DE PAGO
Crédito

Item	Código	Descripción	Cantidad	Lote Invima	Valor Unitario	IVA	Total
1	D020220TP005M	MiniFIX 2.0 en T maleable (azul) 5 agujeros	1	1204183749M / 2023DM-0008870-R1	699.800	0%	699.800
2	D020220ST008	MiniFIX 2.0 recta rígida (dorada) 8 agujeros	1	J141218-L005 / 2023DM-0008870-R1	723.900	0%	723.900
3	D020216ST004	MidFIX 1.6 recta x 4 agujeros	1	J171114-L021 / 2023DM-0008870-R1	427.300	0%	427.300
4	D020216MD004	Midtornillo 1.6 * 4 mm	4	J160322-L025 / 2023DM-0008870-R1	138.840	0%	555.360

Total líneas o ítems: 7

Valor en Letras

TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	3.117.760
DESCUENTO	0
IVA	0
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL FACTURA	3.117.760

Documento oficial de habilitación de númeración de facturación electrónia N° 18764056782866 Vigencia 12 meses: 26/09/2023 a 25/09/2024 Numeración habilitada del N° 5363 al 7000 para el prefijo WMD.
Contribuyente IVA No somo Agentes de retención de IVA. No somos Grandes Contribuyentes.
Bogotá: Actividad Económica ICA 4659 11040.00 x 1000.
Neiva: Somos Autorretenedores del impuesto Industria y Comercio según acuerdo 028/2018 art. 637 a partir de enero de 2019.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Registro 21/11/2023 17:04:15

RECIBIDO POR
Nombre:
Fecha:

Bogotá D.C
D. Cll. 22 Sur N° 68 - H15 I Of. 202
C. 318 3892864
www.devices.com.co

Notificaciones y Correspondencia
D. Cll 12 N° 8-13 I Of. 301 I Neiva-Huila
T. (8) 8713121 C. 317 2523101
E. wmdevices@hotmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: aa89fa665ba7649cc02b6d80602ab1e70ef7b8936cc647d8f3fd26ebc07e4fb911403bad498069d565306d8131b3de53 --Fecha y Hora de Expedición : 21/11/2023 5:40:31 p. m.

10

Devices
World Medical Devices S.A.S.
NIT 900508998

Factura Electrónica De Venta No

No. WMD 5609

CLIENTE	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
NIT	800110181 9
DIRECCIÓN	Calle 18 No. 6-65
CIUDAD	Neiva
TELÉFONO	8756349
PACIENTE	GENOVEVA CASTRO MONTILLA
CC/HCL	26593037
FECHA CX	10/11/2023

FECHA FACTURA
21/11/2023
FECHA VENCIMIENTO
05/01/2024
FORMA DE PAGO
Crédito

Item	Código	Descripción	Cantidad	Lote Invima	Valor Unitario	IVA	Total
5	D020220MN006	Minitornillo 2.0 * 6 MM	1	5141229-L008 / 2023DM-0008870-R1	150.000	0%	150.000
6	D020220MN008	Minitornillo 2.0 * 8 MM	2	J170404-L056 / 2023DM-0008870-R1	160.000	0%	320.000
7	D020223MN008	Minitornillo 2.3 * 8 mm - J170404-L053	1	J170404-L053 / 2023DM-0008870-R1	241.400	0%	241.400

Total líneas o ítems: 7

Valor en Letras

TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	3.117.760
DESCUENTO	0
IVA	0
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL FACTURA	3.117.760

Documento oficial de habilitación de numeración de facturación electrónia N° 18764056782866 Vigencia 12 meses: 26/09/2023 a 25/09/2024 Numeración habilitada del N° 5363 al 7000 para el prefijo WMD.
Contribuyente IVA No somo Agentes de retención de IVA. No somos Grandes Contribuyentes.
Bogotá: Actividad Económica ICA 4659 11040.00 x 1000.
Neiva: Somos Autorretenedores del impuesto Industria y Comercio según acuerdo 028/2018 art. 637 a partir de enero de 2019.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Registro 21/11/2023 17:04:15

RECIBIDO POR
Nombre:
Fecha:

Bogotá D.C
D. Cll. 22 Sur N° 68 - H15 I Of. 202
C. 318 3892864
www.devices.com.co

Notificaciones y Correspondencia
D. Cll 12 N° 8-13 I Of. 301 I Neiva-Huila
T. (8) 8713121 C. 317 2523101
E. wmdevices@hotmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: aa89fa665ba7649cc02b6d80602ab1e70ef7b8936cc647d8f3fd26ebc07e4fb911403bad498069d565306d8131b3de53 --Fecha y Hora de Expedición : 21/11/2023 5:40:31 p. m.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Nov-2023 16:20:2

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:** 2023.11.1 14:44

001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 52 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

26593037 CASTRO MONTILLA GENOVEVA 1 NIVEL I TERUEL CALLE 1 # 2 - 75 3185368731

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.11.10	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	LFG	1.00
2023.11.10	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	LFG	1.00
2023.11.10	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	LFG	135.00
2023.11.10	ROP	ROXICAIAN	ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML	LFG	3.00
2023.11.10	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	LFG	3.00
2023.11.10	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	LFG	120.00
2023.11.10	ROP	BUPIV	BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP	LFG	1.00
2023.11.10	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	LFG	15.00
2023.11.10	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	LFG	2.00
2023.11.10	COR	TRAMADOL	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	LFG	2.00
2023.11.10	VIT	DEXA	DEXAMETASONA 8 MG/ 2 ML	LFG	1.00
2023.11.10	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	LFG	5.00
2023.11.10	LIF	PLACA	PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED	LFG	1.00
2023.11.10	ULT	LAPIZ	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI	LFG	1.00
2023.11.10	BRA	PREMILENE	PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH	LFG	1.00
2023.11.10	BRA	SURURA	VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL	LFG	1.00
2023.11.10	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	LFG	50.00
2023.11.10	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	LFG	50.00
2023.11.10	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	LFG	2.00
2023.11.10	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	LFG	2.00
2023.11.10	WEL	TUBO	TUBO ENDOTR NO. 7.5 CON BALON SUM-MED	LFG	1.00
2023.11.10	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	LFG	1.00
2023.11.10	SHE	SONDA	SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG	LFG	1.00
2023.11.10	GOL	ESTELITE	ESTILETE PARA INTUBACION NO.14	LFG	1.00
2023.11.10	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	LFG	10.00
2023.11.10	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LFG	5.00
2023.11.10	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	LFG	2.00
2023.11.10	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	LFG	2.00
2023.11.10	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	LFG	2.00
2023.11.10	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	LFG	2.00
2023.11.10	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	LFG	2.00
2023.11.10	MDP	GUANTE	GUANTE ESTERIL # 8.5 MEDISPO	LFG	2.00
2023.11.10	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	LFG	2.00

8

E.S.E. Hospital San Roque Teruel - Huila

ESE HOSPITAL SAN ROQUE
NIT. 813010472-5
CARERA 3 3-38 (Tel:8780303)

Remisiones
202310010019 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 01 MES 10 AÑO 2023 **Autorización:** X
No. de Historia Clínica CC26593037
Sede ESE HOSPITAL SAN ROQUE Código 418010026101
Institución a la que se remite - Código 000000

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
GENOVEVA	CASTRO	MONTILLA	M ○ F ○

Documento Identidad C.C. ○ T.I. ○ R.C. ○ No. 26593037
Dirección CALLE 1 N 2 -75 Teléfono 1984321321 Edad 52 Ano(s)
Municipio TERUEL Departamento Huila Urbano X Rural __
Lugar y Fecha de Nacimiento - 03/08/1971
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ○ Subsidiado ○ Vinculado ○ SOAT ○ Particular ○ Otro ○
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso D 01 M 10 A 2023
Fecha de Egreso D 01 M 10 A 2023

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

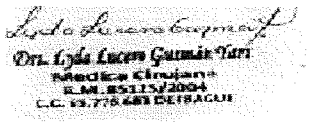
Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	NEUROCIRUGIA	NEUROCIRUGIA

Motivo de Remisión

Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite

Nombre LYDA LUCERO GUZMAN YARA
Firma y Sello



C.C 65776683
Registro Médico

REMISION NEUROCIRUGIA DIAGNOSTICOS: 1. CIE 10 T068 OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO 2. CIE 10 S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA 3. CIE 10 S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO 4. CIE 10 G448 OROS SINDROME DE CEFALEA ESPECIFICADOS PACIENTE REFIERE QUE CONDUCIA UNA MOTO EN LA VIA QUE CONDUCE DE PALERMO HACIA TERUEL HUILA, MANIFIESTA QUE PERDIO EL CONTROL DE LA MOTO Y PRESENTO CAIDA DESDE LA ALTURA DE LA MOTO CON TRAUMAISMO EN LA CABEZA, EN LA CARA Y EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. LA PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTO PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, REFIERE QUE NO PRESENTO VOMITO,NIEGA CONVULSION. REFIERE LA PACIENTE CEFALEA POSTRAUMAICA DE INTENSIDAD MODERADA. LA PACIENTE REFIERE TRAUMATISMO EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON MULTIPLES CONTUSIONES. ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: NO REFIERE ANTECEDENTE DE HTA NI DM TIPO 2 ALERGIAS A MEDICACION: NO REFIERE CIRUGIAS: REFIERE SAFENECTOMIA BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES. FARMACOLOGICOS: NO REFIERE EXAMEN FISICO: PACIENTE DESHIDRATADA, AFEBRIL, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. ORGANOS DE LOS SENTIDOS: PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS, REFLEJOS FOTOMOTOR DIRECTO Y CONSENSUAL PRESENTES BILATERAL. OTOSCOPIA SIN OTORRAGIA NI OTOLIQUIA. RINOSCOPIA ANTERIOR SIN EPISTAXIS. BOCA SIN SANGRADO INERNO, LA PACIENTE NO PERMITE EL RETIRO DE LAS PROTESIS BUCALES REMOVIBLES. CUELLO CON COLLAR DEFILADELFIA. ESTRUCTURAS OSEAS DE CUELLO SIN DOLOR, NO PRESENTA CREPITACION NI CHASQUIDO. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREAGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO PRESENTA MASAS, NI VISCEROMEGALIAS, NO PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE ABDOMEN, PERISTALTISMO PRESENTE. NEUROLOGICO SIN DEFICITO MOTOR NI SENSITIVO FOCALIZADO. NO PRESENTA SIGNOSD MENINGEOS. PARES CRANEANOS SIN SIGNOS DE FOCALIZACION PRESENTA EN CARA UNA HERIDA DE 4 CM EN PIEL SUPRACILIAR IZQUIERDA. UNA HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM. NO PRESENTA CREPITACION EN LA TABLA OSEA DEL CRANEO. PRESENTA EDEMA Y EQUIMOSIS, HEMATOMA PERIORBIARIO IZQUIERDO. ESCORIACIONES SUPERFICIALES MULTIPLES EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. AVULSION DE TEJIDOS EN TERCIO DISTAL DE LA PIERNA IZQUIERDA, CARA ANTEROLATERAL. AVUSION DE TEJIDOS A NIVEL DE PIEL DE CRESTA ILIACA ANTEROSUPERIOR IZQUIERDA. PELVIS ESTABLE. SIN CREPITACION NI CHASQUIDO. EXTREMIDADES CON SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA DE MIEMBROS INFERIORES. PULSOS DISTALES DE AMPLITUD NORMAL. CONDUCTA: 1. OBSERVACION 2. LEV SSN 0.9& BOLO DE 300 CC CONTINUAR A 70 CC HORA 3. DIPIRONA AMPOLLA 1 GRAMO: ADMINISTRAR 2 GRAMOS IV DILUIDO LENTO CADA 6 HORAS. 4. TOXOIDE TETANICO AMPOLLA 40 UI: APLICAR 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR DOSIS UNICA 5. SUTURA DE HERIDAS

,EN CARA 6. MONITORIZACION CONTINUA DE SIGNOS VITALES 7. COLLAR DE FILADELFIA 8. REMISION VALORACION NEUROCIRUGIA PACIENTE REFIERE QUE CONDUCIA UNA MOTO EN LA VIA QUE CONDUCE DE PALERMO HACIA TERUEL HUILA, MANIFIESTA QUE PERDIO EL CONTROL DE LA MOTO Y PRESENTO CAIDA DESDE LA ALTURA DE LA MOTO CON TRAUMAISMO EN LA CABEZA, EN LA CARA Y EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. LA PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTO PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, REFIERE QUE NO PRESENTO VOMITO,NIEGA CONVULSION. REFIERE LA PACIENTE CEFALEA POSTRAUMAICA DE INTENSIDAD MODERADA. LA PACIENTE REFIERE TRAUMATISMO EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON MULTIPLES CONTUSIONES. PACIENTE CON POLITRAUMATISMO, TRAUMA CRANEO ENCEFALICO CON HEMATOMA EN REBORDE ORBITARIO IZQUIERDO, SE REMITE PARA TOMA DE SERIE DE RADIOGRAFIAS DE TRAUMA Y PARA VALORACION POR NEUROCIRUGIA POR CEFALEA POSTRAUMATICA. SE EXPLICA ESTADO CLINICO A LA PACIENTE, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LAS INDICACIONES MEDICAS.

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1		2		3	X	4	

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 19:31 Hora 19 Minutos 31

Nombre de la persona que solicita la Remisión

LYDA LUCERO GUZMAN YARA.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 19:31 Hora 19 Minutos 31

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

X

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO	T068
HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	S017
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	S099
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE REFIERE QUE CONDUCIA UNA MOTO EN LA VIA QUE CONDUCE DE PALERMO HACIA TERUEL HUILA, MANIFIESTA QUE PERDIO EL CONTROL DE LA MOTO Y PRESENTO CAIDA DESDE LA ALTURA DE LA MOTO CON TRAUMAISMO EN LA CABEZA, EN LA CARA Y EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. LA PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTO PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, REFIERE QUE NO PRESENTO VOMITO,NIEGA CONVULSION. REFIERE LA PACIENTE CEFALEA POSTRAUMAICA DE INTENSIDAD MODERADA. LA PACIENTE REFIERE TRAUMATISMO EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON MULTIPLES CONTUSIONES.

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
137/78	87	36.50	19	160.0	57.00	

Hallazgos del Examen Físico

NO REFIERE PACIENTE DESHIDRATADA, AFEBRIL, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. **Cabeza:**Normal PRESENTA EN CARAS UNA HERIDA DE 4 CM EN PIEL SUPRACILIAR IZQUIERDA. UNA HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM. NO PRESENTA CREPITACION EN LA TABLA OSEA DEL CRANEO. PRESENTA EDEMA Y EQUIMOSIS, HEMATOMA PERIORBIARIO IZQUIERDO. - **Cuello:**Normal CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO, SIN ADENOPATIAS - **Torax:**Normal RUIDOS CARDICOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO CONSERVADOSIN AGREGADOS, NO TIRAJES. - **Abdomen:**Normal BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL - **G/U:**Normal PUÑO PERCUSIÓN RENAL NEGATIVA BILATERAL - **Extremidades:**Normal ESCORIACIONES SUPERFICIALES MULTIPLES EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. AVULSION DE TEJIDOS EN TERCIO DISTAL DE LA PIERNA IZQUIERDA, CARA ANTEROLATERAL. AVUSION DE TEJIDOS A NIVEL DE PIEL DE CRESTA ILIACA ANTEROSUPERIOR IZQUIERDA. PELVIS ESTABLE. SIN CREPITACION NI CHASQUIDO. EXTREMIDADES CON SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA DE MIEMBROS INFERIORES. PULSOS DISTALES DE AMPLITUD NORMAL. - **Neurológico:**Normal CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW15/15 - **Nariz:**Normal NO PRESENTA EPISTAXIS. - **Oidos:**Normal SIN OTORRAGIA NI OTOLIQUIA - **Boca:**Normal BOCA SIN SANGRADO INERNO, LA PACIENTE NO PERMITE EL RETIRO DE LAS PROTESIS BUCALES REMOVIBLES - **Ojos:**Normal PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVOS A LA LUZ, ESCLERAS NO ICTERICAS - **Piel:**Normal PRESENTA EN CARA UNA HERIDA DE 4 CM EN PIEL SUPRACILIAR IZQUIERDA. UNA HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM. NO PRESENTA CREPITACION EN LA TABLA OSEA DEL CRANEO. PRESENTA EDEMA Y EQUIMOSIS, HEMATOMA PERIORBIARIO IZQUIERDO. ESCORIACIONES SUPERFICIALES MULTIPLES EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. AVULSION DE TEJIDOS EN TERCIO DISTAL DE LA PIERNA IZQUIERDA, CARA ANTEROLATERAL. AVUSION DE TEJIDOS A NIVEL DE PIEL DE CRESTA ILIACA ANTEROSUPERIOR IZQUIERDA. - **Ano:**Normal NORMAL - **Osteomuscular:**Normal AVUSION DE TEJIDOS A NIVEL DE PIEL DE CRESTA ILIACA ANTEROSUPERIOR IZQUIERDA. PELVIS ESTABLE. SIN CREPITACION NI CHASQUIDO. EXTREMIDADES CON SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA DE MIEMBROS INFERIORES. PULSOS DISTALES DE AMPLITUD NORMAL.

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

(39146) Sutura **Observación:** SE REALIZA ASEPSIA DE HERIDAS EN LA REGION CILIAR: PRESENTA EN CARA UNA HERIDA DE 4 CM EN PIEL SUPRACILIAR IZQUIERDA. UNA HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM. NO PRESENTA CREPITACION EN LA TABLA OSEA DEL CRANEO. PRESENTA EDEMA Y EQUIMOSIS, HEMATOMA PERIORBIARIO IZQUIERDO INFILTRACION DE LAS HERIDAS CON LIDOCAINA SIN EPINEFRINA. SE REALIZAN 4 PUNTOS SEPARADOS EN LA REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA. SE CUBRE CON GASAS ESTERILES. SE REALIZAN 3 PUNTOSE SEPARADOS EN LA HERIDA CILIAR IZQUIERDA. SE CUBRE CON GASAS ESTERILES. SE REALIZAN PUNTOS CON SEDA 3 CEROS. PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES.

(39201) Derechos de sala para suturas **Observación:** SE REALIZA ASEPSIA DE HERIDAS EN LA REGION CILIAR: PRESENTA EN CARA UNA HERIDA DE 4 CM EN PIEL SUPRACILIAR IZQUIERDA. UNA HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM. NO PRESENTA CREPITACION EN LA TABLA OSEA DEL CRANEO. PRESENTA EDEMA Y EQUIMOSIS, HEMATOMA PERIORBIARIO IZQUIERDO INFILTRACION DE LAS HERIDAS CON LIDOCAINA SIN EPINEFRINA. SE REALIZAN 4 PUNTOS SEPARADOS EN LA REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA. SE CUBRE CON GASAS ESTERILES. SE REALIZAN 3 PUNTOSE SEPARADOS EN LA HERIDA CILIAR IZQUIERDA. SE CUBRE CON GASAS ESTERILES. SE REALIZAN PUNTOS CON SEDA 3 CEROS. PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES.
(38915) Sala de observación Primer Nivel **Observación:** <samp>SE TRASLADA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTO A LA SALA DE OBSERVACION PEDIATRIA EN CAMA CON LOS DEBIDOS ELEMENTOS DE ESTA SABANA LIMPIA Y SABANAS DE MOVIMIENTO Y CUIDADOS, SE INFORMA SOBRE SU ESTANCIA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS HACIA ARRIBA CON TRATAMIENTO SE LE EXPLICA AL USUARIO Y FAMILIAR EL LLAMADO DE ENEFERMERIA Y LAS HORAS DE VISITAS, PEDIENTE REVALORACION POR MEDICO DE TURNO Y DEFINIR CONDUCTA   </samp>
(INST05) INYECTOLOGIA **Observación:** <tt>SE LE EXPLICA PREVIAMENTE AL USUARIO SU ESTADO ACTUAL POR LO QUE SE REQUIERE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICASE REALIZA PREVIA LAVADO DE MANOS SE PREPARA EL MATERIAL DELANTE DEL PACIENTE SE ADMINISTRA DIPIRONA 1GR IV AHORA DE MANERA SEGURA Y SIN COMPLICACIONES APLICANDO LOS 10 CORRECTOS, SE LE EXPLICA LOS EFECTOS ADEVERSOS DEL MEDICAMENTO ADEMAS SE ASEGURA DE PREGUNTAR AL USUARIO SI ES ALERGICO AL MEDICAMENTO QUIEN ANTERIORMENTE REFIRIO QUE NO, SE DEJA PACIENTE EN CAMA FINALIZADO LA ADMINISTRACIÓN, PENDIENTE REVALORAR.</tt> <tt>SE LE EXPLICA PREVIAMENTE AL USUARIO SU ESTADO ACTUAL POR LO QUE SE REQUIERE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICASE REALIZA PREVIA LAVADO DE MANOS SE PREPARA EL MATERIAL DELANTE DEL PACIENTE SE ADMINISTRA TOXOIDE TETANICO DE MANERA SEGURA Y SIN COMPLICACIONES APLICANDO LOS 10 CORRECTOS, SE LE EXPLICA LOS EFECTOS ADEVERSOS DEL MEDICAMENTO ADEMAS SE ASEGURA DE PREGUNTAR AL USUARIO SI ES ALERGICO AL MEDICAMENTO QUIEN ANTERIORMENTE REFIRIO QUE NO, SE DEJA PACIENTE EN CAMA FINALIZADO LA ADMINISTRACION, PENDIENTE REVALORAR.</tt>

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (MQ-1010) Seda - Silk 3-0 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10118) Jeringas 10ml *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10116) JERINGA 3 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (N02BB02) Dipirona 1gr Ampollas *Dosis:* 1; *Medicamento:* (J07AM51) Toxoide Tetanica 0.5ml Ampollas *Dosis:* 1; *Medicamento:* (B05BB01) Sodio Cloruro 0.9% *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-10126) Catéter No. 20 *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-1066) Equipo de Macrogoteo *Dosis:* 1; *Medicamento:* (MQ-1062) Buretrol 150ml *Dosis:* 1;

Nota Médica

01/10/2023 a las 19:42:32.

REMISION NEUROCIRUGIA

-

DIAGNOSTICOS:

CIE 10 T068 OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO
CIE 10 S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
CIE 10 S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
CIE 10 G448 OROS SINDROME DE CEFALEA ESPECIFICADOS

PACIENTE REFIERE QUE CONDUCIA UNA MOTO EN LA VIA QUE CONDUCE DE PALERMO HACIA TERUEL HUILA, EN EL KM 6, APROXIMADAMENTE A LAS 17:50 DE HOY 01-10-2023, LA PACIENTE MANIFIESTA QUE PERDIO EL CONTROL DE LA MOTO Y PRESENTO CAIDA DESDE LA ALTURA DE LA MOTO CON TRAUMATISMO EN LA CABEZA, EN LA CARA Y EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.

LA PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTO PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, REFIERE QUE NO PRESENTO VOMITO,NIEGA CONVULSION, REFIERE LA PACIENTE CEFALEA POSTRAUMAICA DE INTENSIDAD MODERADA. LA PACIENTE REFIERE TRAUMATISMO EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON MULTIPLES CONTUSIONES.

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS: NO REFIERE ANTECEDENTE DE HTA NI DM TIPO 2

ALERGIAS A MEDICACION: NO REFIERE

CIRUGIAS: REFIERE SAFENECTOMIA BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES.

FARMACOLOGICOS: NO REFIERE

EXAMEN FISICO:

PACIENTE DESHIDRATADA, AFEBRIL, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS: PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS, REFLEJOS FOTOMOTOR DIRECTO Y CONSENSUAL PRESENTES BILATERAL. OTOSCOPIA SIN OTORRAGIA NI OTOLIQUIA. RINOSCOPIA ANTERIOR SIN EPISTAXIS. BOCA SIN SANGRADO INERNO, LA PACIENTE NO PERMITE EL RETIRO DE LAS PROTESIS BUCALES REMOVIBLES.

CUELLO CON COLLAR DEFILADELFIA. ESTRUCTURAS OSEAS DE CUELLO SIN DOLOR, NO PRESENTA CREPITACION NI CHASQUIDO.

CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREAGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO, NO PRESENTA MASAS, NI VISCEROMEGALIAS, NO PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE ABDOMEN, PERISTALTISMO PRESENTE.

NEUROLOGICO SIN DEFICITO MOTOR NI SENSITIVO FOCALIZADO. NO PRESENTA SIGNOSD MENINGEOS. PARES CRANEANOS SIN SIGNOS DE FOCALIZACION

PRESENTA EN CARA UNA HERIDA DE 4 CM EN PIEL SUPRACILIAR IZQUIERDA. UNA HERIDA CILIAR IZQUIERDA DE 3 CM. NO PRESENTA CREPITACION EN LA TABLA OSEA DEL CRANEO. PRESENTA EDEMA Y EQUIMOSIS, HEMATOMA PERIORBIARIO IZQUIERDO.

ESCORIACIONES SUPERFICIALES MULTIPLES EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. AVULSION DE TEJIDOS EN TERCIO DISTAL DE LA PIERNA IZQUIERDA, CARA ANTEROLATERAL. AVUSION DE TEJIDOS A NIVEL DE PIEL DE CRESTA ILIACA ANTEROSUPERIOR IZQUIERDA.

PELVIS ESTABLE. SIN CREPITACION NI CHASQUIDO. EXTREMIDADES CON SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA DE MIEMBROS INFERIORES. PULSOS DISTALES DE AMPLITUD NORMAL.

CONDUCTA:

-

OBSERVACION
LEV SSN 0.9% BOLO DE 300 CC CONTINUAR A 70 CC HORA
DIPIRONA AMPOLLA 1 GRAMO: ADMINISTRAR 2 GRAMOS IV DILUIDO LENTO CADA 6 HORAS.

TOXOIDE TETANICO AMPOLLA 40 UI: APLICAR 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR DOSIS UNICA
SUTURA DE HERIDAS EN CARA
MONITORIZACION CONTINUA DE SIGNOS VITALES
COLLAR DE FILADELFIA
REMISION VALORACION NEUROCIRUGIA

PACIENTE REFIERE QUE CONDUCIA UNA MOTO EN LA VIA QUE CONDUCE DE PALERMO HACIA TERUEL HUILA, MANIFIESTA QUE PERDIO EL CONTROL DE LA MOTO Y PRESENTO CAIDA DESDE LA ALTURA DE LA MOTO CON TRAUMAISMO EN LA CABEZA, EN LA CARA Y EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. LA PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTO PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, REFIERE QUE NO PRESENTO VOMITO,NIEGA CONVULSION. REFIERE LA PACIENTE CEFALEA POSTRAUMAICA DE INTENSIDAD MODERADA. LA PACIENTE REFIERE TRAUMATISMO EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON MULTIPLES CONTUSIONES. PACIENTE CON POLITRAUMATISMO, TRAUMA CRANEO ENCEFALICO CON HEMATOMA EN REBORDE ORBITARIO IZQUIERDO, SE REMITE PARA TOMA DE SERIE DE RADIOGRAFIAS DE TRAUMA Y PARA VALORACION POR NEUROCIRUGIA POR CEFALEA POSTRAUMATICA.

SE EXPLICA ESTADO CLINICO A LA PACIENTE, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LAS INDICACIONES MEDICAS.

-

-

-

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO	T068
HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	S017
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	S099
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448

Observaciones o Sugerencias

CONDUCTA: 1. OBSERVACION 2. LEV SSN 0.9& BOLO DE 300 CC CONTINUAR A 70 CC HORA 3. DIPIRONA AMPOLLA 1 GRAMO: ADMINISTRAR 2 GRAMOS IV DILUIDO LENTO CADA 6 HORAS. 4. TOXOIDE TETANICO AMPOLLA 40 UI: APLICAR 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR DOSIS UNICA 5. SUTURA DE HERIDAS EN CARA 6. MONITORIZACION CONTINUA DE SIGNOS VITALES 7. COLLAR DE FILADELFIA 8. REMISION VALORACION NEUROCIRUGIA PACIENTE REFIERE QUE CONDUCIA UNA MOTO EN LA VIA QUE CONDUCE DE PALERMO HACIA TERUEL HUILA, MANIFIESTA QUE PERDIO EL CONTROL DE LA MOTO Y PRESENTO CAIDA DESDE LA ALTURA DE LA MOTO CON TRAUMAISMO EN LA CABEZA, EN LA CARA Y EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. LA PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTO PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, REFIERE QUE NO PRESENTO VOMITO,NIEGA CONVULSION. REFIERE LA PACIENTE CEFALEA POSTRAUMAICA DE INTENSIDAD MODERADA. LA PACIENTE REFIERE TRAUMATISMO EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON MULTIPLES CONTUSIONES. PACIENTE CON POLITRAUMATISMO, TRAUMA CRANEO ENCEFALICO CON HEMATOMA EN REBORDE ORBITARIO IZQUIERDO, SE REMITE PARA TOMA DE SERIE DE RADIOGRAFIAS DE TRAUMA Y PARA VALORACION POR NEUROCIRUGIA POR CEFALEA POSTRAUMATICA. SE EXPLICA ESTADO CLINICO A LA PACIENTE, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LAS INDICACIONES MEDICAS.

Impreso por:

ANDERSON STIVEN CULMA QUINTERO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	26593037
NOMBRES	GENOVEVA
APELLIDOS	CASTRO MONTILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TERUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/08/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/28/2023 17:02:58	**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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017363382

PLACA: ORB67E	MARCA: HERO	LÍNEA: THRILLER I3S SS	MODELO: 2018	
CILINDRADA CC: 150	COLOR: ROJO MATE		SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD KP/PSJ: 2	
NÚMERO DE MOTOR: KC13EJHGE00278		REG: N	VIN: 9G5KCS274JVHL0130	
NÚMERO DE SERIE: ******		REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9G5KCS274JVHL0130	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CASTRO MONTILLA JOSE ELIAS
IDENTIFICACIÓN: C.C. 83224746

RESTRICCIÓN MOVILIDAD | BLINDAJE: ****** | POTENCIA HP: 14

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 882017080132149 | I/E: I | FECHA IMPORT: 10/11/2017 | PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
19/01/2018	05/12/2018	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT0200525713O

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RUNT

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:	ORB67E		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10017363382	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	HERO	LÍNEA:	THRILLER I3S SS
MODELO:	2018	COLOR:	ROJO MATE
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	KC13EJHGE00278
NÚMERO DE CHASIS:	9G5KCS274JVHL0130	NÚMERO DE VIN:	9G5KCS274JVHL0130
CILINDRAJE:	150	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	19/01/2018
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
8109753800	03/05/2023	04/05/2023	03/05/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
3127566800	10/04/2022	11/04/2022	10/04/2023	112	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
4088665400	20/03/2021	21/03/2021	20/03/2022	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	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: 2024/01/19

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-FEC1-54911 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es CASTRO MONTILLA GENOVEVA

HISTORIA No. 26593037

GLOSA No: ZGL-1-42926 **SINIESTRO:** 54911

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	10634460.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	10634460.00	LECTURA DE ESTUDIOS PREQUIRURGICOS TOMADOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA COPIA DE LA LECTURA DE LOS RX TOMADOS AL PACIENTE EN LOS CUALES SE EVIDENCIA LESIONES PARA LAS CUALES EL MEDICO TRATANTE CONCIDERO PERTINENTE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EL NOMI FIRMA DEL RADIOLOGO. ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TR TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; P 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.POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239244

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: 2024/01/19

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-FEC1-54911 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es CASTRO MONTILLA GENOVEVA

HISTORIA No. 26593037

GLOSA No: ZGL-1-42926 **SINIESTRO:** 54911

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	10634460.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

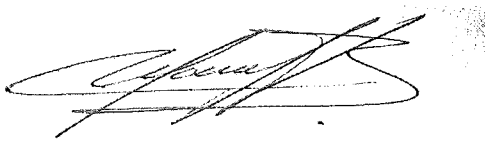
- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	10634460.00	LECTURA DE ESTUDIOS PREQUIRURGICOS TOMADOS

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA COPIA DE LA LECTURA DE LOS RX TOMADOS AL PACIENTE EN LOS CUALES SE EVIDENCIA LAS LESIONES PARA LAS CUALES EL MEDICO TRATANTE CONCIDERO PERTINENTE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EL NOMBRE Y FIRMA DEL RADIOLOGO. 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.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

VALOR TOTAL FACTURA:	10,634,460.00
VALOR GLOSADO :	10634460.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	10634460.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227505	**No.**	182230	**Siniestro**	90724048	**No. Factura**	FEC154911		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	01/10/2023	**Fecha aviso**	09/11/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	810975380	**Vigencia**	04/05/2023	**hast**	03/05/2024
Id tomador	83224746	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	26593037	**Nombre**	GENOVEVA CASTRO MONTILLA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S917					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	SOPORTE DE IMAGENES DIAGNÓSTICAS PREQUIRÚRGICAS PARA VALIDAR PERTINENCIA Y COBRO DE CONCEPTOS FACTURADOS.	100%	10,634,460	10,634,460	0

1001	**Cobrado**	**10,634,460**
1002	**Obj. Parcial**	**10,634,460**
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.

equidad seguros

Bogotá D.C. Enero 11 de 2024.

OBJEQU-20227505-2023

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Asunto:

Siniestro: 90724048
Afectado: GENOVEVA CASTRO MONTILLA
Poliza: AT-1501-8109753800-0
Factura: FEC154911

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:

Soporte de imágenes diagnósticas prequirúrgicas para validar pertinencia y cobro de conceptos facturados.

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

equidad seguros

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 24.01.19
HORA: 16:16:09
PAGINA No: 1

Numero: 83379 Fecha Ex. 02/10/23 Hora 10:03
Nombre Paciente: 26593037 CASTRO MONTILLA GENOVEVA
Dirección: CLL 1 N 2 75 Telefono:3185368731 Edad:52 A Sexo:F
Medico: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

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:

Moderado edema de los tejidos blandos de la región peri orbitaria izquierda.
Hay presencia de fracturas múltiples que comprometen las paredes del seno maxilar derecho con depresión de fragmentos óseos y ocupación difusa del seno maxilar
También se advierte doble fractura ligeramente angulada del arco cigomático izquierdo.
Edema de tejidos blandos y enfisema subcutáneo de los tejidos blandos que rodean el seno maxilar izquierdo.
También se identifica fractura ligeramente desplazada del ala esfenoidal izquierda.
Fractura del puente nasal especialmente del ala nasal izquierda.
Las demás estructuras de la cara aparentes en el examen no muestran otras alteraciones.

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

FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2023.12.01	08:53:12	2023.12.31

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54975

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 170427
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.11.21 - 21:33 | 2023.11.22 - 10:04

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 12117634 MUÑOZ AGUDELO GILBERTO EDAD : 64 Años
DIRECCION: CALLE 22 N 55 70 NEIVA TELEFONO: 3143974116

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											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	1,129	1,129
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
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	2023.11.22	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.22	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.22	873121		MJJ				1	81,400	81,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.22	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.21	890701		MJJ				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	638,035	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	638,035

SON: SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.12.01 08:56:08 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 SU
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: C
Autorizacion de facturacion de la Dian: 187
Modalidad ELECTRONICA De
Cufe: ca9c81355276d38e217dd969a69b88bf82c5cdf0db4a69
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta P

ODIGO [illegible]
.110.181
na vigencia de: 12 Meses
100 AUTORIZA
'290869f0ad6
JILLO Nit. 93.355.451 - 0
A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227510

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:04:29 PM
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. FEC154975

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-12-01 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ca9c81355276d38e217dd969a69b88bf82c5cdf0db4a6959952d7c5e5e32e88641cac50ad6163810301f7290869f0ad6

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
638035

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-31 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
dee504113c07a415f14da9cbea078dc46501931acab6686402ee2d63a5d21640b5ee8e85ea9a018581e0dc8214cfbe36

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-01 08:56:08.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:04:29 PM
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. FEC154975

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-12-01 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ca9c81355276d38e217dd969a69b88bf82c5cdf0db4a6959952d7c5e5e32e88641cac50ad6163810301f7290869f0ad6

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

CUDE:
754b7dcb8d395a850a413150cb6f042560edc0f5b868573878a9c3ca96a479f192ba67df4537e14d559b88540f9cf4ea

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-19 02:20:11.000 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

EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio

CUDE:
9fb5507a9afb343c3acbf5d2e9b455daf99850b55f18da87d0b10e9a52485e6122287d6c5c043c1a56e042c3e924e55c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-19 02:20:20.000 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

DIAN

Impreso el 3 de 09 de 2024 a las 05:04:29 PM
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. FEC154975

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-12-01 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
ca9c81355276d38e217dd969a69b88bf82c5cdf0db4a6959952d7c5e5e32e88641cac50ad6163810301f7290869f0ad6

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
502678dea49464e631949fdaa1eb2b1408e8d19d28433217a4167f05f35e14729a0680b11da34c831025234c3e99bdde

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-19 02:20:32.000 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

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 ,2023.12.01	08:53:12	2023.12.31

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54975

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 170427
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC | OTRO REGIMEN | 2023.11.21 - 21:33 | 2023.11.22 - 10:04

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 12117634 MUÑOZ AGUDELO GILBERTO EDAD : 64 Años
DIRECCION: CALLE 22 N 55 70 NEIVA TELEFONO: 3143974116

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											
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								5	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	1,129	1,129
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								2	3,387	6,774
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	2023.11.22	873206		MJJ				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.22	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.11.22	873121		MJJ				1	81,400	81,400
OTROS											
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.11.22	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.21	890701		MJJ				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	638,035	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	638,035

SON: SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.12.01 08:56:08 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: ca9c81355276d38e217dd969a69b88bf82c5cdf0db4a6959952d7c5e5e32e88641cac50ad6163810301f7290869f0ad6

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:	54975
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 628,635
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 9,400
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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 Radicaci¾n: 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- 54975

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

MUÑOZ — 1er.Apellido o Razon Social

AGUDELO — 2do.Apellido

GILBERTO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC X CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 12117634

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1959/11/6 Sexo: F M X

Direcci¾n: CALLE 22 N 55 70

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3143974116

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: X Conductor Peaton 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 Huracßn

Inundaciones Avalancha Desliz. de Tierra Incendio Natural

Terroristas: Explosi¾n Masacre Mina Antipersonal Combate

Incendio

Otros Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 52 CON CALLE 20

Fecha Evento/Accidente: 2023/11/21 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U X R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KXV61F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ARENA 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. P¾liza falsa Vehiculo en Fuga

Marca: AKT Placa: KXV61F

Tipo de Servicio: Particular X Publico Oficial Vehiculo de Emergencia

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar Vehi. de transporte masivo Vehi. Escolar

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si No X

Poliza SOAT No 8097877400 Cobro excedente P¾liza Si No X

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/24 Hasta: 2023/12/23

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

VARGAS — 1er.Apellido o Razon Social

CORONADO — 2do.Apellido

ULICES — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC X CE PA NIT TI RC

No. Documento 1084866368

Direccion: CALLE 22 N 55 70

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3143974116 Total Folios: 0

15

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
MUÑOZ	AGUDELO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
GILBERTO	

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] **No. Documento** 12117634

Direcci¾n: CALLE 22 N 55 70

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3143974116

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U[ ] R[ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/21 **a las** 21:33 **Fecha de Egreso:** 2023/11/22 **a las** 10:04

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Diagnostico relacionado de Egreso

S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC[X] CE[ ] PA[ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	638035	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

14

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

EPICRISIS No. 60970

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MUÑOZ AGUDELO GILBERTO

DOC.IDENT:	CC 12117634	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 22 N 55 70		
FCHA.NACTO:	1959.11.06	EDAD:	64 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143974116
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.11.21 — HORA DE INGRESO: 21:33
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.11.22 — HORA DE EGRESO: 10:04
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA
RELACIONADO1: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
RELACIONADO2: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.11.21-21:54:34 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 CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KXV61F, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR ARENA EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 09+40
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL DECIDE CONSULTAR.

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

** SIGNOS VITALES:
TA: 123/79 FC: 76 FR: 20 TEMP: 36 TALLA: 174 PESO: 88 IMC: 29 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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

12

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

EPICRISIS No. 60970

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MUÑOZ AGUDELO GILBERTO

DOC.IDENT:	CC 12117634	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 22 N 55 70		
FCHA.NACTO:	1959.11.06	EDAD:	64 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143974116
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN RODILLA, PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- TAPON VENOSO
- SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.11.22-00:32:10 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

EPICRISIS No. 60970

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MUÑOZ AGUDELO GILBERTO

DOC.IDENT:	CC 12117634	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 22 N 55 70		
FCHA.NACTO:	1959.11.06	EDAD:	64 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143974116
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

*** FECHA: 23.11.22-09:52:45 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA ,
AL EXAMEN FISICO: CON DOLOR, A LA PLAPACION DE LINEA INTERCONDILEA MEDIAL EN RODILLA IZQUIERDA NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSION DE RODILLA IZQUIERDA
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 3 DIAS

*** FECHA: 23.11.22-09:54:44 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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 UNTIMO MEDICAMENTO

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

EPICRISIS No. 60970

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MUÑOZ AGUDELO GILBERTO

DOC.IDENT:	CC 12117634	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 22 N 55 70		
FCHA.NACTO:	1959.11.06	EDAD:	64 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3143974116
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORA.S, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.11.22-10:06:52 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.11.22-10:04:17 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 1: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA		
RELACIONADO 2: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO		

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

RM. 1118849376
MEDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

9

PACIENTE: 12117634 MUÑOZ AGUDELO GILBERTO **EDAD:** 64

DIRECCION: CALLE 22 N 55 70 **TELEFONO:** 3143974116

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60186 **FECHA SINIESTRO:** 2023.11.21 **Nº POLIZA:** 8097877400

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 21 de noviembre de 2023						
21:55:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:55:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:55:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
21:55:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	MFA	
21:55:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		NOCHE	MFA	
21:55:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	MFA	
21:55:00	TAPON HEPARINIZADO	1.00		NOCHE	MFA	
21:55:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 12.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 22 de noviembre de 2023						
05:55:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
05:55:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
05:55:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
05:55:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA	
05:55:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		NOCHE	MFA	

TOTAL SUMINISTRADO: 8.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: MUÑOZ AGUDELO GILBERTO No. Identif. 12117634 Edad. 64

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.11.22

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 8 HORA.S

RM. 1118549370
MÉDICO GENERAL

MEDICO FARMACIA PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -198563

FECHA EMISION: 2023.11.22
HORA: 10:02:28
PAGINA No: 1

USUARIO: MUÑOZ AGUDELO GILBERTO **FECHA DE PEDIDO:** 2023/11/22

DOC.IDENT: CC 12117634 CAMA: - ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Recibido Paciente

6

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.11.28
HORA: 16:56:21
PAGINA No: 1

Numero: 84816 Fecha Ex. 21/11/23 Hora 17:20
Nombre Paciente: 12117634 MUÑOZ AGUDELO GILBERTO
Dirección: CALLE 22 N 55 70 Telefono:3143974116 Edad:64 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la pierna izquierda observándose la tibia y el peroné con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay evidencia de focos de fracturas.

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda en la que se advierten moderados cambios artrósicos de la rodilla izquierda que comprometen especialmente el compartimiento central y lateral interno de la rodilla.
Modera edema de los tejidos blandos adyacentes a la articulación de la rodilla.

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del cuello del pie izquierdo 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.

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

5

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, 21-11-2023

Señores Equidad

Ciudad Neiva

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

Yo Gilberto muñoz Aguelo identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 12117634, 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 DD/MM/AAAA a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre: Gilberto muñoz
c.c. 12117634

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007.

4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

12.117.634
MUNOZ AGUDELO

GILBERTO

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027001599

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KXV61F	AKT	AK125CR4 EIII	2021

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	ROJO NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMITQ076641	N	9F2D21255M5004888

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	9F2D21255M5004888	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): VARGAS CORONADO ULISES

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1084866368

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 2355 HORAS DEL
2022-12-23	2022-12-24	2023-12-23

No. PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRADA	MODELO
8027877400	KXV61F	MOTOS	PARTICULAR	124	2021

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	AKT	

LÍNEA VEHÍCULO: AK125CR4 EIII

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
157FMITQ076641	9F2D21255M5004888	9F2D21255M5004888	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VARGAS CORONADO, ULISES	3106508546	CC	1084866368	IQUIRA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	891100793006	0	IQUIRA

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT	AMPAROS FOR	HASTA	
120	$ 181600	$ 94400	$ 2105	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800*	SALARIO



FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1959

ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

08-JUN-1979 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1900100-00116822-M-0012117634-20081030 0005049297A 1 24740722



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ****** | POTENCIA HP 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902020000125092

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

UE | FECHA IMPORT. 02/10/2020 | PUERTAS 0

FECHA MATRÍCULA 13/10/2020 | FECHA EXP. LIC. TTO. 25/08/2022 | FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LTO7001916409



SOAT

FECHA DE EXPEDICIÓN
2022-12-23

VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL 2022-12-24

HASTA LAS 23:55 HORAS DEL 2023-12-23

equidad seguros

PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	MODELO
8007877400	KXV61F	MOTOS	PARTICULAR	2021

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	AKT	

LÍNEA VEHÍCULO: AK125CR4 EIII

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
157FMITQ076641	9F2D21255M5004888	9F2D21255M5004888	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VARGAS CORONADO, ULISES	3106808546	CC	1084866368	IQUIRA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	891100793006	0	IQUIRA

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONDO	TASA RUNT	AMPAROS POR LESIONES A: GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	HASTA
120	$ 181600	$ 94400	$ 2100		800* SALARIO

2

RUNT

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:	KXV61F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027001599	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125CR4 EIII
MODELO:	2021	COLOR:	ROJO NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMITQ076641
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D21255M5004888	NÚMERO DE VIN:	9F2D21255M5004888
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	13/10/2020
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

1

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8097877400	23/12/2022	24/12/2022	23/12/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	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: 2024/01/17

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-FEC1-54975 fechada el dia 23.12.01 cuyo paciente es MUÑOZ AGUDELO GILBERTO

HISTORIA No. 12117634

GLOSA No: ZGL-1-42870 **SINIESTRO:** 54975

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

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 ANTERIORM LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA LA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA COD.39143 DEACUERDO AI DECRETO 2423/96 ARTICULO 76. "El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que cc de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante" POR LO QUE SE DEBE PROCER AL PAGO.

Recibido!
22 de Enero del 2024
20237401

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	638,035.00
VALOR GLOSADO :	9400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/17

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-FEC1-54975 fechada el dia 23.12.01 cuyo paciente es MUÑOZ AGUDELO GILBERTO

HISTORIA No. 12117634

GLOSA No: ZGL-1-42870 **SINIESTRO:** 54975

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

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 COD.39143 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" POR LO QUE SE DEBE PROCER AL PAGO.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	638,035.00
VALOR GLOSADO :	9400.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	9400.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

YENNY MUÑOZ MOSQUERA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 16 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227510	**No.**	186421	**Siniestro**	90728456	**No. Factura**	FEC154975		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	21/11/2023	**Fecha aviso**	21/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	809787740	**Vigencia**	24/12/2022	**hast**	23/12/2023
Id tomador	1084866368	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	12117634	**Nombre**	GILBERTO MUÑOZ AGUDELO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S800					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO Ó MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
1	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	62,800	0	62,800
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	162,800	0	162,800
1	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	NO SE RECONOCE 39143 DE ACUERDO A PERTINECIA SE HOMOLOGA A 39132	100%	64,500	9,400	55,100
1	39145	CONSULTA DE URGENCIAS		100%	73,400	0	73,400
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	43,406	0	43,406
1	77702	INSUMOS			12,729	0	12,729

1001	**Cobrado**	**638,035**
1002	**Obj. Parcial**	**9,400**
1003	**Liquidado**	**628,635**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ALEJANDRA.ESCOBAR			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 ,2023.12.04	11:49:21	2024.01.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55088

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA
TELEFONO: 8713072
ORDEN SS 167374

CONTRATO/PLAN: 001 02 SOAT 50% DESC
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES: 2023.09.25 - 20:29
FEC-HORA EGRESO: 2023.09.25 - 21:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1015470243 LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE
EDAD : 26 Años
DIRECCION: CLL 70BIS N 121A 30 NEIVA
TELEFONO: 3102100374

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
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	2023.09.25	873206		ARS				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.25	873206		ARS				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.25	873121		ARS				1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.25	879111		ARS				1	622,600	622,600
21712	TORAX	2023.09.25	879301		ARS				1	648,100	648,100
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.25	890701		ARS				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.25	S22101		PGJ				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	1,601,992	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,601,992

SON: UN MILLON SEISCIENTOS UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.12.04 11:52:21 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 SU
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CI

Autorizacion de facturacion de la Dian: 187
Modalidad ELECTRONICA De
ODIGO [illegible]
.110.181-9
a vigencia de: 12 Meses
00 AUTORIZA

Cufe: d8a59d6dc6daa3449b5652159329d183392365026a5d336
bec0e6bc1ca

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia D
ILLO Nit: 83.355.451 - 0

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta Pr
COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
21 de Diciembre del 2023
20227514

15

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 ,2023.12.04	11:49:21	2024.01.03

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55088

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 167374

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.09.25 - 20:29	2023.09.25 - 21:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1015470243 LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE EDAD : 26 Años
DIRECCION: CLL 70BIS N 121A 30 NEIVA TELEFONO: 3102100374

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
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	2023.09.25	873206	ARS					1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.09.25	873206	ARS					1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.25	873121	ARS					1	81,400	81,400
21701	CRANEO SIMPLE	2023.09.25	879111	ARS					1	622,600	622,600
21712	TORAX	2023.09.25	879301	ARS					1	648,100	648,100
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.25	890701	ARS					1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.25	S22101	PGJ					1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	1,601,992	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,601,992

SON: UN MILLON SEISCIENTOS UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.12.04 11:52:21 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: d8a59d6dc6daa3449b5652159329d183392365026a5d336f6c9f1216cf0989c385e2f5a29603751a2f694bec0e6bc1ca

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

15

FACTURA:	55088
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 309,800
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 1,292,192
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

EUT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 55088

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

LOPEZ — 1er.Apellido o Razon Social

YANGUMA — 2do.Apellido

MICHAEL — 1er.Nombre

JOSE — 2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS [ ] PT

No. Documento: 1015470243

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1997/08/3 Sexo: [ ] F [X] M

Direcci¾n: CLL 70BIS N 121A 30

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3102100374

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: KM 10 + 200 MTS VIA NEIVA CASTILLA

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/25 Hora: 20:08

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [ ] U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO DE PLACAS DVR89G QUE SE LE PINCHA LA LLANTA TRASERA Y PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: AKT Placa: DVR89G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8107028800 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/03/30 Hasta: 2024/03/29

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LOPEZ — 1er.Apellido o Razon Social

MALAVER — 2do.Apellido

JHONNATAN — 1er.Nombre

STIVEN — 2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

No. Documento 1018481872

Direccion: CLL 70BIS N 121A 30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3102100374 Total Folios: 0

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
LOPEZ	YANGUMA

1er.Nombre	2do.Nombre
MICHAEL	JOSE

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] No. Documento 1015470243

Direcci¾n: CLL 70BIS N 121A 30

Departamento: HUILA Cod. 41 TelÚfono: 3102100374

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¾n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: C¾digo de inscripci¾n:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: C¾digo de inscripci¾n:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/09/25 a las 20:29

Diagnostico presuntivo de Ingreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Ingreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S202 CONTUSION DEL TORAX

Fecha de Egreso: 2023/09/25 a las 21:30

Diagnostico presuntivo de Egreso
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagnostico definitivo de Egreso
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso
S202 CONTUSION DEL TORAX

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
ALICIA	MARIA

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
DEL	PILAR ROA SER

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] No. Documento 1075269209

N·mero de Registro de MÚdico 1075269209

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1601992	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 59968

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE

DOC.IDENT:	CC 1015470243	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 70BIS N 121A 30		
FCHA.NACTO:	1997.08.03	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3102100374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.09.25	HORA DE INGRESO: 20:29
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.09.25	HORA DE EGRESO: 21:30

ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

** DEL INGRESO

***** FECHA: 23.09.25-20:43:27 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

USUARIO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACAS DVR89G QUE SE LE PINCHA LA LLANTA TRASERA Y PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 20+29
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE CARE 7/24, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS , MOTIVO POR EL CUAL INGRESAN. AHORA REFIERE CEFALEA INTENSA, TRAUMA EN TORAX, Y EN EXTREMIDADES SUPERIORES.

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: 117/70 FC: 75 FR: 16 TEMP: 36.5 PESO: 75 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL PARIETOTEMPORAL IZQUIERDA.
<<CUELLO>>
MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO
<<TORAX>>
SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS , CON DOLOR LA PAAPCION DE REJA COSTAL IZQUEIRDA, CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD EN TORSO POR DOLOR.
<<ABDOMEN>>

1A

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

EPICRISIS No. 59968

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE

DOC.IDENT:	CC 1015470243	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 70BIS N 121A 30		
FCHA.NACTO:	1997.08.03	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3102100374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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: EDEMA DOLOR EN MUÑECA DERECHA, DOLOR EN HOMBRO IZQUEIRDO ALA PALPACION Y A AL MOVILIDAD, ABRASION EDEMA DOLOR EN CODO IZQUIERDO. NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES ,SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
LO YA DESCRITO
<<FANERAS>>
LO YA DESCRITO

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN
- OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- REVALORACION
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE TORAX
RADIOGRAFIA DE MU¥ECA DERECHA
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG IM, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

** DE LA EVOLUCION

13

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

EPICRISIS No. 59968

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE

DOC.IDENT:	CC 1015470243	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 70BIS N 121A 30		
FCHA.NACTO:	1997.08.03	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3102100374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.25-21:25:52 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE REVISAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DONDE IMPRESIONAN:

TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, NO TRAZOS DE FRACTURA

TAC DE TORAX: NO HEMO NI NEUMOTORAX, SILUETA CARDIOMEDIATINICA CONSERVADA, ANGULOSCOSTOFRENICOS LIBRES, NO INFILTRADOS.

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.25-21:30:05 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 VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, CONSIDERO TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS - TCE LEVE - TRAUMA SUPERFICIAL DE TORAX, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

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

** OTROS:

CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, TOS CON SANGRE, ASFIXIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION Y DEL DOLOR EN AREA DE TRAUMA, 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 PROGRESIVO (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. APLICAR HIELO LOCAL, DESINFECTAR DOS VECES AL DIA LAS HERIDAS. RECLAMAR LECTURA OFICIAL DE IMÁGENES, DE

12

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

EPICRISIS No. 59968

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE

DOC.IDENT:	CC 1015470243	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 70BIS N 121A 30		
FCHA.NACTO:	1997.08.03	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3102100374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

NOTAR ALGUNA ANOMALIA CONSULTAR INMEDIATAMENTE.

** ORDENES MEDICAS:

CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA ABIERTA
SOLICITARLA CON ANTICIPACION AL 6088756349, 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 M
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 3, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS , CON EL ESTOMAGO LLENO, DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

***** FECHA: 23.09.25-21:30:53 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: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.25-21:30:11 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

***** FECHA: 23.09.25-21:33:24 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: 20:45 / 20:46 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 ABRASION EN CODO IZQUIERDOSE 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 MERCURIO CROMO.

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

EPICRISIS No. 59968

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE

DOC.IDENT:	CC 1015470243	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 70BIS N 121A 30		
FCHA.NACTO:	1997.08.03	EDAD:	26 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3102100374
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO 1: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO 2: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

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 María del Pil
Roa Serrano
Medicina General
R M 1075 269 209

DR@. ALICIA MARIA DEL PILAR ROA
SER
REG. MED: 1075269209

10

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167374

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167374 Fecha 2023/09/25

Nombre Paciente: LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE - 1015470243 Edad: 26 Sexo: M

Quien Realiza: PGJ- JOOSMAN PAQUE GONZALEZ Sala: 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
2. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	PGJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN CODO IZQUIERDOSE 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 MERCURIO CROMO.

QUIEN REALIZA

Marcol López
FIRMA DE PACIENTE

9

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 1-Dic-2023 14:47:1

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:** 2023.09.2	20:29
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	26 Años		**Fecha Egreso** :	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**
1015470243 LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE	1 NIVEL I	NEIVA	CLL 70BIS N 121A 30	3102100374

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.25	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	PGJ	1.00
2023.09.25	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	PGJ	1.00
2023.09.25	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	PGJ	6.00
2023.09.25	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	PGJ	10.00
2023.09.25	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	PGJ	10.00

8

PACIENTE: 1015470243 LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE **EDAD:** 26

DIRECCION: CLL 70BIS N 121A 30 **TELEFONO:** 3102100374

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59092 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.25 **Nº POLIZA:** 8107028800

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 25 de septiembre de 2023						
20:44:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	NOCHE	CRS1	
20:44:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	CRS1	
20:44:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	CRS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 3.00

7

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.12.01
HORA: 14:50:26
PAGINA No: 1

Numero: 83203 Fecha Ex. 25/09/23 Hora 11:02
Nombre Paciente: 1015470243 LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE
Dirección: CLL 70BIS N 121A 30 Telefono:3102100374 Edad:26 A Sexo:M
Medico: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

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 MU¥ECA 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 HOMBRO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

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

TAC CEREBRAL SIMPLE

*HALLAZGOS

En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido óseo se advierte imagen de desviación significativa del septum nasal hacia la izquierda de la línea media.
Pequeño engrosamiento mucoperiostico hacia la pared posterior del seno maxilar izquierdo.
No hay evidencias 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.
Anotándose artefactos hiperdensos focales hacia el aspecto central del hemisferio cerebral derecho.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

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:

6

No hay datos clínicos.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.12.01
HORA: 14:50:26
PAGINA No: 2

Numero: 83203 Fecha Ex. 25/09/23 Hora 11:22
Nombre Paciente: 1015470243 LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE
Dirección: CLL 70BIS N 121A 30 Telefono:3102100374 Edad:26 A Sexo:M
Medico: ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: ALTA

LECTURA

A nivel del tejido pulmonar la trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
No hay focos pulmonares consolidativos.
La distribución de la vasculatura es normal.
No hay compromiso pleural.
No se observan derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.
A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea principal, 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.
Anotándose solamente presencia de un pequeño nódulo de tres mm de espesor denso probablemente calcificado para hiliar anterior derecho como se advierte en la imagen # 13 para controlar.

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, 25/09/23

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Michael Jose Lopez identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1015470243, 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 25/09/2023 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente



Firma Marcol Lopez
Nombre:
c.c. 1015470243

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.470.243**

LOPEZ YANGUMA

APELLIDOS

MICHAEL JOSE

NOMBRES

Maicol lopez

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030066073

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
DVR89G	AKT	AK125NKD EIII	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR
157FMIUE366644

REG
N

VIN
9F2D51255PB005844

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
9F2D51255PB005844

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
LOPEZ MALAVER JHONNATAN STIVEN

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1018481872

3

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-AGO-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00743948-M-1015470243-20150907 0046265577A 1 44343368

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902022000030512

I/E
I

FECHA IMPORT.
23/02/2022

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******



FECHA MATRÍCULA
30/03/2022

FECHA EXP. LIC. TTO.
20/09/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

LT0700269794

Powered by CamScanner

20:24 ∞ Vo LTE LTE 90%

runt.com.co/consultaCiu + 66 ⋮

RUNT

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:	DVR89G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10030066073	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK125NKD EIII
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMIUE366644
NÚMERO DE CHASIS:	9F2D51255PB005844	NÚMERO DE VIN:	9F2D51255PB005844
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	30/03/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOyTTE MCPAL FUNZA	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

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
8107028800	21/03/2023	30/03/2023	29/03/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
8076717300	29/03/2022	30/03/2022	29/03/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Powered by CamScanner

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/02/23

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-FEC1-55088 fechada el dia 23.12.04 cuyo paciente es LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE

HISTORIA No. 1015470243

GLOSA No: ZGL-1-43560 **SINIESTRO:** 55088

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	21492.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	21492.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, (ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el pr de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos M al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quie sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- 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 EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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

Recibido! 28 de Febrero del 2024 20252730

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: 2024/02/23

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-FEC1-55088 fechada el dia 23.12.04 cuyo paciente es LOPEZ YANGUMA MICHAEL JOSE

HISTORIA No. 1015470243

GLOSA No: ZGL-1-43560 **SINIESTRO:** 55088

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	21492.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	21492.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, COMO SE ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21701- 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 EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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

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:
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: SO1-21712- TORAX

- **ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 648100.00

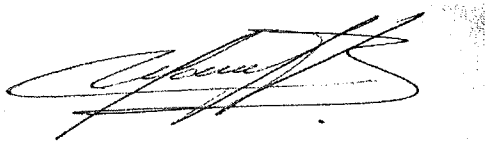
JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- **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 EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,601,992.00
VALOR GLOSADO :	1292192.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1292192.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 2 1 FEB 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227514	**No.**	178568	**Siniestro**	90719888	**No. Factura**	FEC155088				
Amparo	1	Gastos médicos		**Fecha siniestro**	26/09/2023	**Fecha aviso**	03/10/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023		
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	14/02/2024	**Póliza**	810702880	**Vigencia**	30/03/2023	**hast**	29/03/2024		
Id tomador	6756848	**Nombre tomador**									
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA								
Id accidentado	1015470243	**Nombre**	MICHAEL JOSE LOPEZ YANGUMA								
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA								
Diagnósticos	S099					**Ciuda**	NEIVA				

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
2	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	125,600	0	125,600
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	81,400	0	81,400
1	21701	CRÁNEO SIMPLE	NO SE RECONOCE 21701 NO PERTINENTE EN EL ESTUDIO DE LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE.	100%	622,600	622,600	0
1	21712	TÓRAX	NO SE RECONOCE 21712 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS QUE PODÍAN SER EVALUADAS CON RX.	100%	648,100	648,100	0
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			500	0	500
1	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (1) CLORURO DE SODIO 500ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., NO SE RECONOCE (20) ACETAMINOFEN, (20) IBUPROFENO POR NO EVIDENCIA DE ENTREGA AL PACIENTE CON FIRMA DE RECIBIDO, NI ORDEN MÉDICA QUE CUMPLA CON REQUISITOS DE FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS., NO SE RECONOCE (20) ACETAMINOFEN, (20) IBUPROFENO POR NO EVIDENCIA DE ENTREGA AL PACIENTE CON FIRMA DE RECIBIDO, NI ORDEN MÉDICA QUE CUMPLA CON REQUISITOS DE FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS.	100%	23,992	21,492	2,500

1001	Cobrado	1,601,992
1002	Obj. Parcial	1,292,192
1003	Liquidado	309,800

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ERIKA.DAZA			DRA. CLAUDIA MORENO.

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 ,2023.12.05	08:31:03	2024.01.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55128

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 168158

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.09 - 18:57	2023.10.10 - 10:51

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075264806 NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES EDAD : 31 Años
DIRECCION: CRA 30A N 24 42 NEIVA TELEFONO: 3132561310

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											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.09	873121		APG				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.10	873121		APG				1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.10.10	873411		APG				1	69,100	69,100
AMBULANCIAS											
	TRANSPORTE IDA Y VUELTA BASTICO URBANO	2023.10.10	TR008						1	310,000	310,000
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.10.10	890402		EGQ				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.10	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.09	890701		TVP				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,010,974	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,010,974

SON: UN MILLON DIEZ MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.12.05 08:34:04 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

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: 18f60896b4dc8f975e273e387fca4c59582e173e000d31

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia I

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

CODIGO DEL COMERCIO
)0.110.181-9

ina vigencia de: 12 Meses

000 AUTORIZA

:28f89d2d2ees

20227519

IJILLO Nit. 93.355.451 - 0

A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
21 de Diciembre del 2023

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:08:37 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. FEC155128

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-12-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
18f60896b4dc8f975e273e387fca4c59582e173e000d31ed0ccfd ca01d4267b7ba646e2676bf5e96510228f89d2d2cec

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1010974

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-01-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
c990f22b8b164ff9ffaf4c65db41cfe51508a290ae1fb72377dbe79 879f86e4fdda01927397b15264790e84728d03c33

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-05 08:34:04.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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. FEC155128

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-12-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
18f60896b4dc8f975e273e387fca4c59582e173e000d31ed0ccfd ca01d4267b7ba646e2676bf5e96510228f89d2d2cec

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

CUDE:
b038b4535544b27c4877afa79184a788649d08ad6e248b87f52 c666d68493b57de07d3b835d6bab85654c86124b85965

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-05 01:37:16.000 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: 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: 9/4/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

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 ,2023.12.05	08:31:03	2024.01.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55128

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

TIPO CONTRATO
EVENTO

VIA DE INGRESO
URGENCIAS

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 168158

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	02 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN		2023.10.09 - 18:57	2023.10.10 - 10:51

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075264806 NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES EDAD : 31 Años
DIRECCION: CRA 30A N 24 42 NEIVA TELEFONO: 3132561310

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											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								9	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.09	873121		APG				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.10	873121		APG				1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.10.10	873411		APG				1	69,100	69,100
AMBULANCIAS											
	TRANSPORTE IDA Y VUELTA BASTICO URBANO	2023.10.10	TR008						1	310,000	310,000
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.10.10	890402		EGQ				1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.10	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.09	890701		TVP				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	1,010,974	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,010,974

SON: UN MILLON DIEZ MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.12.05 08:34:04 AM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

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: 18f60896b4dc8f975e273e387fca4c59582e173e000d31ed0ccfdca01d4267b7ba646e2676bf5e96510228f89d2d2cec

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:	55128
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 844,274
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 166,700
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 55128

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

NAUZA — 1er.Apellido o Razon Social

CASTIBLANCO — 2do.Apellido

YEISSON — 1er.Nombre

ANDRES — 2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS [ ] PT

No. Documento: 1075264806

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1992/08/1 Sexo: [ ] F [X] M

Direcci¾n: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3132561310

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 35 CON CALLE 34 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/9 Hora: 18:15

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA LDF96G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: BAJAJ Placa: LDF96G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8099945200 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/01/14 Hasta: 2024/01/13

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

SOSA — 1er.Apellido o Razon Social

TRUJILLO — 2do.Apellido

EDINSON — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

No. Documento 1075301766

Direccion: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3132561310 Total Folios: 0

23

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
NAUZA	CASTIBLANCO

1er.Nombre	2do.Nombre
YEISSON	ANDRES

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075264806

Direcci¾n: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3132561310

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/9 **a las** 18:57 **Fecha de Egreso:** 2023/10/10 **a las** 10:51

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S059 TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

S059 TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
TITO	VLADIMIR

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
POLANIA	TORRES

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 7702628

N·mero de Registro de MÚdico 967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1010974	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 60248

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1075264806	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 30A N 24 42		
FCHA.NACTO:	1992.08.01	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132561310
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.09 — HORA DE INGRESO: 18:57
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.10.10 — HORA DE EGRESO: 10:51
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO1: S059 - TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO ESPECIFICADO

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.09-19:41:35 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 MOTO CON PLACA LDF96G, PIERTDE EL CONTROL DE LA MOTO POR MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DE CARE 7/24 DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL PERDER EL CONTROL DE LA MOTO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 115/60 FC: 78 FR: 20 TEMP: 36.5 TALLA: 175 PESO: 75 IMC: 25 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, visión bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavidad Oral sin lesiones aparentes, ERITEMA CONJUNTIVA Y DOLOR EN OJO DERECHO
<<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
<<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,

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

EPICRISIS No. 60248

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1075264806	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 30A N 24 42		
FCHA.NACTO:	1992.08.01	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132561310
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

pulsos distales positivos, DOLOR EN MUSLO IZQUIERDO QUE AUMENTA CON LA MOVILIZACION
<<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 FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO:
POR LA COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE ORDENA MANEJO INSTITUCIONAL

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.10.09-19:48:36 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCION MEDICAMENTOS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

- ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE PROCEDIMIENTOS
- 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.
- CONTINUIAR 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
- LAVADO OCULAR CON SOLUCION SALIDA Y OCLUIR
- VALORACION POR OFTALMOLOGIA

19

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

EPICRISIS No. 60248

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1075264806	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 30A N 24 42		
FCHA.NACTO:	1992.08.01	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132561310
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.10.09-20:52:07 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:
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO MATERIAL DE SINTESIS EN FEMUR, NO SE EVIDENCIAN NUEVAS FRACTURAS

*** FECHA: 23.10.09-23:07:07 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:
** ORDENES MEDICAS:

VALORACION POR OFTALMOLOGIA

*** FECHA: 23.10.10-07:41:00 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
SE REVALORA PACIENTE REFIERE MEJORIA DE DOLOR OCULAR, SE AQUEJA DE DOLOR EN RODILLA Y CADERA IZQUIERDA NO VISIBLES EN RX DE FEMUR SOLICITADA, SE SOLICITAN RX DE RODILLA Y CADERA IZQUIERDA AHORA. PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA

*** FECHA: 23.10.10-08:26:12 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS SE EVIDENCIA MATERIAL DE SINTESIS NORMOINSERTADO.
RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS SE EVIDENCIA MATERIAL DE SINTESIS NORMOINSERTADO.

*** FECHA: 23.10.10-09:59:00 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO,
AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA LEVE EDEMA EN TERCIO MEDIO DE MUSLO IZQUIERDO ADECUADA MOVILDIAD, RODILLA ESTABLE NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES CON MATERIAL DE SINTESIS NORMOINSERTADO
DX: CONTUSIONES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 3 DIAS

*** FECHA: 23.10.10-10:44:12 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 60248

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1075264806	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 30A N 24 42		
FCHA.NACTO:	1992.08.01	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132561310
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:
PACIENTE VALORADO POR OFTALMOLOGIA DR EUSTORGIO GUTIERREZ, QUIEN CONSIDERA CURSA CON CUERPO EXTRAÑO OJO DERECHO, POR LO QUE REALIZA RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA DERECHA Y DA DE ALTA POR ESTA ESPECIALIDAD, CON ORDEN MEDICA.

** PLAN DE MANEJO:
** MEDICAMENTOS:

FREEGEN GEL GOTAS ---- N 1
APLICAR 1 GOTA 4 VECES AL DIA EN OJOD ERECHO, APLICAR HASTA TERMINAR MEDICACION.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.10.10-10:51:24 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
- SALIDA
- MEDICAMENTOS
- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR CUERVO
- INCAPACIDAD
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

** OTROS:

- CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, SANGRADO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, AUMENTO DE INFLAMACION EN AREA DE TRAUMA.
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL
- SOLICITAR CITA DE CONTROL A LOS SIGUIENTES NUMEROS TELEFONICOS: 6088756349 -6088753436 O WHATSAPP 3168766202, O PRESENCIAL

** ORDENES MEDICAS:

- CITA CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS. DR CUERVO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

***** FECHA: 23.10.10-10:51:55 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)***

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

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

EPICRISIS No. 60248

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

DOC.IDENT:	CC 1075264806	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CRA 30A N 24 42		
FCHA.NACTO:	1992.08.01	EDAD:	31 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3132561310
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.10-10:51:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1: S059 - TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO ESPECIFICADO		

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@. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ
REG. MED: 55302763

PACIENTE: 1075264806 NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES **EDAD:** 31

DIRECCION: CRA 30A N 24 42 **TELEFONO:** 3132561310

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

N° SINIESTRO: ZSI-1-59404 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.08 **N° POLIZA:** 8099945200

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 9 de octubre de 2023						
19:42:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
19:42:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DIS1	
19:42:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	DIS1	
19:42:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		NOCHE	DIS1	
19:42:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	4.00		NOCHE	DIS1	
19:42:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 9.00

FECHA DEL CONTROL : martes, 10 de octubre de 2023						
03:42:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
03:42:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
03:42:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	LMS	
03:42:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 4.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -196163

FECHA EMISION: 2023.10.10
HORA: 13:06:17
PAGINA No: 1

USUARIO: NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES
DOC.IDENT: CC 1075264806 CAMA: -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2023/10/10
ORIGEN:
MEDICO: Dr. CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

BOD	REFERENCIA		DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO	TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
			TOTAL CANTIDAD:	20.00

Yeisson Andrey Nauza

Recibido Paciente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

FECHA EMISION:	2023.10.10
HORA:	13:06:17
PAGINA No:	1

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -196163

USUARIO: NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES
DOC.IDENT: CC 1075264806 **CAMA:** -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2023/10/10
ORIGEN:
MEDICO: Dr. CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA

BOD	REFERENCIA	DESCRIPCION DEL ITEM	CANTIDAD
002	GEN IBUPROFENO TAB	IBUPROFENO 400 MG TAB	20.00
		TOTAL CANTIDAD:	20.00

Yeisson Andres Nauza

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.28
HORA:	10:32:08
PAGINA No:	1

Numero: 83646 Fecha Ex. 09/10/23 Hora 13:27
Nombre Paciente: 1075264806 NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES
Dirección: CRA 30A N 24 42 Telefono:3132561310 Edad: 31 A Sexo: M
Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y Prioridad: MEDIA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP lateral del fémur izquierdo observándose fractura del tercio distal de la diáfisis del fémur con signos de consolidación fijada y mantenida con elementos de osteosíntesis metálica (clavos intramedular y tornillos).

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

12

CLÍNICA DE OJOS
SANTA LUCIA

IDENTIFICACIÓN

1° APELLIDO	2° APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	HISTORIA CLÍNICA
Nauza	Castiblanco	Yeisson Andres	78061

FECHA DÍA	MES	AÑO	HORA	EDAD AÑOS	MESES	DIAS	SEXO M	F	No. DE IDENTIFICACIÓN
10	04	23	9:20	31			1		1075264806

ANAMNESIS:

Motivo Consulta y Enfermedad Actual: Paciente remitido de Clinica de fracturas por trauma en ojo derecho Seguido de Sensacion de cuerpo extraño y molestias

Antecedentes Personales: Qx cx Femur izquierdo por trauma
Alergicos (-).
Patologicos (-).

Antecedentes Familiares: (-)

EXAMEN FÍSICO:

Distancia Pupilar: _____

REFRACCIÓN EN USO

		Lejos SC	CC	Cerca SC	CC
O.D. _____	Add _____	A.V. 20/20		A.V. 0.5	
O.I. _____	Add _____	A.V. 20/20		A.V. 0.5	

Tipo de Bifocal _____

REFRACCIÓN	Subjetivo	ADD	
O.D. _____	O.D. _____	_____	A.V. _____
O.I. _____	O.I. _____	_____	A.V. _____

REFRACCIÓN

Ciclopejia D. _____ Subj. _____
I. _____ Ciclo _____
Keratometría O.D. _____ O.I. _____
Punto Próximo de Convergencia 5 Cms
Pupilas Isocoricas Cover: V.L. ⊕ V.P. ⊕

EDUARDO CANTILLO
MEDICO OFTALMOLOGO
R.M. 12115247

11

TENSIÓN: O.D. 12 O.I. 12

EXAMEN EXTERNO:
Cejas y parpados bien
no hay edema

BIOMICROSCOPIA: OD Cornea bien, no hay Ulcera,
Conjuntiva bulbar y tarsal bien.
Hay cuerpo extraño en conjuntiva tarsal
Superior de OD.

FONDOS: Polo posterior normal AO.

DIAGNÓSTICO: Cuerpo extraño en conjuntiva OD.

PLAN: -Se retira cuerpo extraño de Conjuntiva OD
-Fresegen Gel 1 ④ OD → Hasta terminar
-Se da de alta por Oftalmología

No eventos indeseados durante la consulta

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.11.28
HORA: 10:32:20
PAGINA No: 1

Numero: 83654 Fecha Ex. 10/10/23 Hora 15:22
Nombre Paciente: 1075264806 NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES
Dirección: CRA 30A N 24 42 Telefono:3132561310 Edad:31 A Sexo:M
Medico: CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral de la rodilla izquierda observándose alteraciones de la densidad ósea del extremo proximal de la tibia con imagen sugestiva de compromiso traumático avulsión y fractura de las espinas tibiales.
Pinzamientos del aspecto lateral de la articulación medial interna de la rodilla.
Hay elementos de osteosíntesis metálica distales del fémur.

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la cadera izquierda observándose la articulación coxofemoral con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
Nuevamente se advierte elementos de osteosíntesis metálica del fémur (clavo intramedular y tornillos).

FIRMA

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

a

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, 09 Octubre 2023

Señores
Equidad
Ciudad

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

Yo Yeison Andres Nieva Cashblanco identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1075264806, 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 09/10/2023 a través de SOAT ☑, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Yeison Andres Nieva

HUELLA

Firma
Nombre: Yeison Andres Nieva
c.c. 1.075.264.806

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT. 800.110.181 - 9

Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ACUERDO (011)

Por medio del cual se adoptan las tarifas para la prestación del servicio de ambulancia para el año 2023

CÓDIGO	SERVICIO	VALOR
TR006	TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL BASICO URBANO	$190.000
TR004	TRANSPORTE POR REMISION BASICO URBANO	$190.000
TR008	TRANSPORTE IDA Y VUELTA BASICO URBANO	$310.000
TR004	TRASNPORTE POR REMISION CON MEDICO BASICO URBANO	$520.300
TR120	TRASNPORTE POR REMISION MEDICALIZADO URBANO	$700.000
TR006	TRASNPORTE IDA Y VUELTA MEDICALIZADO	$1.100.000
TR007	TRASNPORTE POR REMISION BASICA URBANO COVID	$500.000

Las presentes tarifa rigen de 1 de mayo hasta el 31 de diciembre de 2023.

Se expide en Neiva, el 2 de mayo de 2023.

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
GERENTE
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

SUMIMEDIC S.A.S. NIT. 900.324.272-2

HISTORIA CLINICA Y AMBULANCIA

45457

548

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
D 10 M 2023	08:00	08:30	08:40	10:31	R A N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Noriega	Castiblanco	Yeferson Andres	1075264806

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
D 01 M Año 1992	M X F	T.I.	C.E.		1075264806	Año 30 Mes Dias

RESIDENCIA ACTUAL	Direccion:	Cra 30a-	Barrio:	Porta del sol	Municipio:	Nevia
	Departamento:	Huila	Pais:	Colombia	Telefono	3132561316

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN					ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No.		
Clinica de Ojos	Residencia		Trabajo				Estudiantil	
	Via pùblica	X	Otros		La equidad	EPS-C	Prepagada	
	Comercio		Cual:		Placa: LDF96C	EPS-S	Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
X	Accidente Tràsnito		Terrorismo		Catàstrofe
	Accidente Laboral		Lesion por agresiòn		Otro
	Accidente Comun		Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Traslado redondo desde Clinica de Fracturas y ortopedia hasta Clinica de Ojos Santa Teresa

Alergias: No

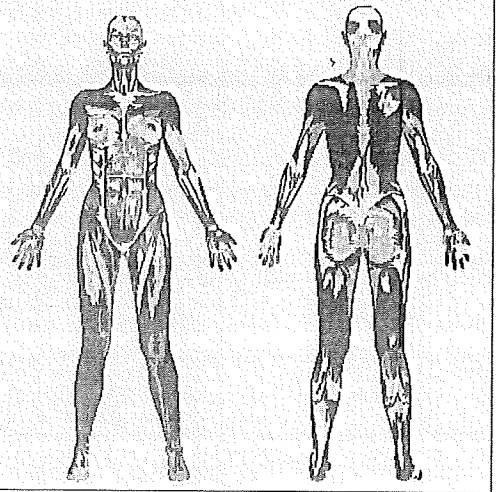
Medicamentos: No

Antecedentes Patalògicos: No

Ultimo Alimento: 06 horas | Embarazo SI NO

Cirugìas:

EXAMEN FISICO	TA. 120/80	FC: 83	FR: 22	T.º 37



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE

Consciente

RESPIRA SI X NO | PULSO SI X NO

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP		Monitoreo
	Aspiraciòn		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenaciòn		Inmovilizacion MsSs		Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilaciòn		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA:

Traslado a: Clinica de Ojos

Recibido por: Viviana Tapiero

Se entrega | Vivo X | Muerto | FIRMA

OBSERVACIONES

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAB X

Nombre del Medico:	Nombre Auxiliar:	Nombre Conductor:
Viviana Tapiero	Gry Rodriguez	Antonio Parra

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT. 800.110.181 - 9
Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

ORDEN DE SERVICIO SALIDA DE PACIENTE

NUMERO DE CONSECUTIVO INTERNO: 002

FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO: 10/10/2023-

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1075264806

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: YEISON ANDRES NAUZA CASTIBLANCO

SERVICIO DONDE EGRESA EL PACIENTE: URGENCIAS

CARGO DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MEDICO GENERAL

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES

EMPRESA ENCARGADA DEL TRASLADO DEL PACIENTE: Salud Laca

DESTINO DEL PACIENTE: Clinica Santa Lucia

PERSONAL ENCARGADO DEL TRASLADO DEL PACIENTE:

NÚMERO DE MOVIL: 4 - Placa 660233

NOMBRE CONDUCTOR: Antonio Parra.

TIPO DE AMBULANCIA: Basica

NOMBRE DEL APH: Ana Lorena 2

Yeison Castiblanco P.

ENTREGA

Viviana Tapiero O.

RECIBE

HORA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.075.264.806



Apellidos
NAUZA CASTIBLANCO

Nombres
YEISSON ANDRES

Nacionalidad | Estatura | Sexo
COL | 1.74 | M

Fecha de nacimiento | G.S.
01 AGO 1992 | O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
14 SEPT 2010, NEIVA

Firma

Fecha de expiración
05 AGO 2032

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030046876

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
LDF96G	BAJAJ	PULSAR NS 160 FI ABS	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
160	AZUL MATE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR
JEXCND38485

REG: N

VIN
9GJA92JE9PT020900

NÚMERO DE SERIE
9GJA92JE9PT020900

REG: N

NÚMERO DE CHASIS
9GJA92JE9PT020900

REG: N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
SOSA TRUJILLO EDINSON

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1075301766

Powered by CamScanner

00286478 3

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL00286478361900 1<<<<<<<<<<<
9208016M3208058COL1075264806<2
NAUZA<CASTIBLANCO<<YEISSON<AND

RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
16

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
012022000022353

I/E
I

FECHA IMPORT.
15/11/2022

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
17/01/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.
19/09/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

UND MCPAL TTOYTTE PALERMO

LT0700263047 7

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1075301766
NOMBRES	EDINSON
APELLIDOS	SOSA TRUJILLO
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
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/28/2023 10:34:33	**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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados -

RUNT

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:	LDF96G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10030046876	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	PULSAR NS 160 FI ABS
MODELO:	2023	COLOR:	AZUL MATE
NÚMERO DE SERIE:	9GJA92JE9PT020900	NÚMERO DE MOTOR:	JEXCND38485
NÚMERO DE CHASIS:	9GJA92JE9PT020900	NÚMERO DE VIN:	9GJA92JE9PT020900
CILINDRAJE:	160	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	17/01/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	UND MCPAL TTOyTTE PALERMO	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
8099945200	13/01/2023	14/01/2023	13/01/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/20

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-FEC1-55128 fechada el dia 23.12.05 cuyo paciente es NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

HISTORIA No. 1075264806

GLOSA No: ZGL-1-42929 **SINIESTRO:** 55128

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	1010974.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	1010974.00	FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DECLARACION DEL SINIESTRO EN EL CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR LOS DATOS DE UBICAC
LA FECHA DEL SINIESTRO APORTADOS POR EL LESIONADO LOS CUALES SON LOS MISMOS APORTADOS EN EL FURIPS Y DEMA
SOPORTES ENVIADOS ANTERIORMENTE. SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239282

equidad seguros

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,01
VALOR GLOSADO :	1010974.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1010974.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/20

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-FEC1-55128 fechada el dia 23.12.05 cuyo paciente es NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

HISTORIA No. 1075264806

GLOSA No: ZGL-1-42929 **SINIESTRO:** 55128

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	1010974.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	1010974.00	FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DECLARACION DEL SINIESTRO EN EL CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR LOS DATOS DE UBICACIÓN Y LA FECHA DEL SINIESTRO APORTADOS POR EL LESIONADO LOS CUALES SON LOS MISMOS APORTADOS EN EL FURIPS Y DEMAS SOPORTES ENVIADOS ANTERIORMENTE. SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,010,974.00
VALOR GLOSADO :	1010974.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1010974.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 18 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227519	**No.**	187221	**Siniestro**	90729401	**No. Factura**	FEC155128		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	09/10/2023	**Fecha aviso**	21/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	809994520	**Vigencia**	14/01/2023	**hast**	13/01/2024
Id tomador	1032493314	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075264806	**Nombre**	YEISSON ANDRES NAUZA CASTIBLANCO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S701					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	ACLARACION Y/O CORRECCION DE LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, TENIENDO EN CUENTA QUE ESTA DIFIERE ENTRE FORMULARIO FURIPS Y SOPORTES MÉDICOS Y AUDITORIA INTERNA.	100%	1,010,974	1,010,974	0

1001	**Cobrado**	**1,010,974**
1002	**Obj. Parcial**	**1,010,974**
1003	**Liquidado**	**0**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
SARA.CONTRERAS			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

equidad seguros

Bogotá D.C. Enero 11 de 2024.

OBJEQU-20227519-2023

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Asunto:

Siniestro: 90729401
Afectado: YEISSON NAUZA CASTIBLANCO
Poliza: AT-1501-8099945200-0
Factura: FEC155128

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 de la fecha de la ocurrencia del siniestro, teniendo en cuenta que esta difiere entre formulario furips y soportes médicos y auditoria interna.

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

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Yeisson Andres Nuñez Castiblanco No. Documento de Identidad 1075264806

Edad 31 Sexo M Dirección Domicilio Cra 30AN 24 42 Ciudad Neiva Teléfono 3132561310

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Yeisson Andres Nuñez Castiblanco No. Documento de Identidad 1075264806

Edad 31 Sexo M Dirección Domicilio Cra 30AN 24 42 Ciudad Neiva Teléfono 3132561310

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa LDF96G Vehículo Motocicleta

3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 3099945200

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 09/10/2023 Hora 18:15

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 X Ocupante ____ Peatón ____	Carrera 35 con Calle 34sur

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Yeisson Andres Nuñez iba como Conductor de moto con Placa LDF96G, Pierdo el control de la moto por mal Estado de la via y Caigo sufriendo lesiones Personales

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Yeisson Andres Nuñez Castiblanco identificado con c.c. 1075264806 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 transito 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 09/10/2023 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Yeisson Andres Nuñez

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 55128

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

NAUZA — 1er.Apellido o Razon Social

CASTIBLANCO — 2do.Apellido

YEISSON — 1er.Nombre

ANDRES — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1075264806

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1992/08/1 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3132561310

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios Desplazados

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 35 CON CALLE 34 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/9 Hora: 18:15

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA LDF96G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: BAJAJ Placa: LDF96G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8099945200 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/01/14 Hasta: 2024/01/13

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

SOSA — 1er.Apellido o Razon Social

TRUJILLO — 2do.Apellido

EDINSON — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1075301766

Direccion: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3132561310 Total Folios: 0

23

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
NAUZA	CASTIBLANCO

1er.Nombre	2do.Nombre
YEISSON	ANDRES

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] No. Documento 1075264806

Direcci¼n: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41 TelÚfono: 3132561310

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¼n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¼n: / / a las

Prestador que remite: C¼digo de inscripci¼n:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptaci¼n: / / a las

Prestador que recibe: C¼digo de inscripci¼n:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/9 a las 18:57 Fecha de Egreso: 2023/10/10 a las 10:51

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S059 TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

S059 TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
TITO	VLADIMIR

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
POLANIA	TORRES

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] No. Documento 7702628

N·mero de Registro de MÚdico 967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1010974	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 descripci¼n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¼n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¼n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¼n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¼n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¼n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

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 ,2023.12.05	15:38:16	2024.01.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55160

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** URGENCIAS

NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072 ORDEN SS 170849

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO**

001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 2023.11.30 - 21:32 2023.12.01 - 09:34

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: TI - 1075794726 GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY EDAD : 16 Años

DIRECCION: CLL 20 SUR NO 23A 16 NEIVA TELEFONO: 3222905946

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											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
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								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	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
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.30	873206				TVP		1	62,800	62,800
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.11.30	871121				TVP		1	89,500	89,500
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.11.30	871121				TVP		1	89,500	89,500
21701	CRANEO SIMPLE	2023.11.30	879111				TVP		1	622,600	622,600
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.11.30	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.11.30	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.11.30	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.12.01	890402				JOH		1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.12.01	890302				FGR		1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.12.01	890701				JOH		1	0	0
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.30	890701				TVP		1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.30	S22101				VIC		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
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18

Modalidad ELECTRONICA

Cufe: 96e47a95fcc8d775b41d3b167e3a90058b04d8e9

Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia

Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

CODIGO DEL COMERCIO
0.110.181-9

ma vigencia de: 12 Meses

000 AUTORIZA

alec543a0900

JILLO Nit. 93.355.451 - 0

A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!

21 de Diciembre del 2023

20227524

22

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:09:10 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. FEC155160

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-12-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
96e47a95fcc8d775b41d3b167e3a90058b04d8e9ce44e56d80f5d6da7c0f4066a3c5618f73f462e7d9b2a1ec543a0900

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1537016

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2024-01-04 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
beed6786c9757f537c000184e2de5cff338be52c1a4a1493c393d9871a6cdb12b20a3fb9d6bde03e1c9bd17925253cdc

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-05 03:41:19.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:09:10 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. FEC155160

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-12-05 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
96e47a95fcc8d775b41d3b167e3a90058b04d8e9ce44e56d80f5d6da7c0f4066a3c5618f73f462e7d9b2a1ec543a0900

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

CUDE:
9a6898090f9dd694e4f24aa25f09c3588c678a92de83b08b76e05376cb0ceb608284218ea9d325a078ff94f69fac0bb8

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-12-05 08:48:43.000 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: 9/4/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

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 ,2023.12.05	15:38:16	2024.01.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55160

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION
001 02 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 170849
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
2023.11.30 - 21:32 2023.12.01 - 09:34

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1075794726 GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY EDAD : 16 Años
DIRECCION: CLL 20 SUR NO 23A 16 NEIVA TELEFONO: 3222905946
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											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								6	0	0
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								6	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								2	200	400
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	500	1,000
016501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	600	1,200
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								4	3,758	15,032
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								2	2,500	5,000
19978256	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.								10	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
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								4	11,300	45,200
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.11.30	873206				TVP		1	62,800	62,800
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.11.30	871121				TVP		1	89,500	89,500
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL	2023.11.30	871121				TVP		1	89,500	89,500
21701	CRANEO SIMPLE	2023.11.30	879111				TVP		1	622,600	622,600
LABORATORIOS											
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.11.30	902208						1	30,900	30,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.11.30	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.11.30	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.12.01	890402				JOH		1	71,300	71,300
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.12.01	890302				FGR		1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.12.01	890701				JOH		1	0	0
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.11.30	890701				TVP		1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.11.30	S22101				VIC		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: 96e47a95fcc8d775b41d3b167e3a90058b04d8e9ce44e56d80f5d6da7c0f4066a3c5618f73f462e7d9b2a1ec543a0900

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

22

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 ,2023.12.05	15:38:16	2024.01.04

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 55160

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

VALOR BRUTO:	1,537,016	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,537,016

SON: UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DIEZ Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.12.05 03:41:19 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

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: 96e47a95fcc8d775b41d3b167e3a90058b04d8e9ce44e56d80f5d6da7c0f4066a3c5618f73f462e7d9b2a1ec543a0900

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:	55160
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 810,224
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 726,792
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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 Radicaci¾n: 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- 55160

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

GOMEZ — 1er.Apellido o Razon Social

RUIZ — 2do.Apellido

JOINER — 1er.Nombre

ARLEY — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI[X] RC AS MS PT

No. Documento: 1075794726

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 2007/06/26 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: CLL 20 SUR NO 23A 16

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3222905946

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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 25 CON CALLE 20 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/11/30 Hora: 21:07

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 MOTO CON PLACA PLV90G, COLISIONAN CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: VICTORY Placa: PLV90G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8112489900 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/06/15 Hasta: 2024/06/14

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

BARRIOS — 1er.Apellido o Razon Social

SANCHEZ — 2do.Apellido

ESPERANZA — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 36152528

Direccion: CLL 20 SUR N 23A 16

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3222905946 Total Folios: 0

2A

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
GOMEZ	BARRIOS
1er.Nombre	**2do.Nombre**
EDWIN	ARLEY

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 7714889

Direcci¾n: CLL 20 SUR N 23A 16

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **Tel Úfono:** 3222905946

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¾n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/11/30 a las 21:32

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S068 OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

Diagnostico relacionado de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Fecha de Egreso: 2023/12/1 a las 09:34

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S068 OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

Diagnostico relacionado de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
TITO	VLADIMIR
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	**2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante**
POLANIA	TORRES

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 7702628

N·mero de Registro de MÚdico 967-03

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1537016	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 61126

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY

DOC.IDENT:	TI 1075794726	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 20 SUR NO 23A 16		
FCHA.NACTO:	2007.06.26	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3222905946
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 2023.11.30	HORA DE INGRESO: 21:32
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS	FECHA DE EGRESO: 2023.12.01	HORA DE EGRESO: 09:34
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
RELACIONADO1: S202 - CONTUSION DEL TORAX
RELACIONADO2: S203 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.11.30-22:11:45 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 MOTO CON PLACA PLV90G, COLISIONAN CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VALORADO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADOS PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DE CARE 7/24 DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL PERDER EL CONTROL POR COLISIONAR CON OTRA MOTO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, INGRESA EN COMPAÑIA DE SU MAMA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 135/86 FC: 88 FR: 21 TEMP: 36.2 TALLA: 170 PESO: 75 IMC: 26 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
Normoconfigurada, ABRASION EN REGION FRONTAL DERECHA Y ORBITA DERECHA CON DOLOR A LA PALPACION, 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 DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHA QUE AUMENTA CON LA INSPIRACION
<<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

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

EPICRISIS No. 61126

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY

DOC.IDENT:	TI 1075794726	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 20 SUR NO 23A 16		
FCHA.NACTO:	2007.06.26	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3222905946
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna; EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, DOLOR A LA PALPACION QUE AUMENTA CON LA FLEXOEXTENSION DE CODO DERECHO; ABRASION EN RODILLA 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:

HEMOGRAMA, TP Y TPT

TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

** PLAN DE MANEJO:
POR LA COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE ORDENA MANEJO INSTITUCIONAL INCLUIDO LABORATORIOS DE TRAUMA
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 50 MG LENTO DILUIDO, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1,5 G 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
- NADA VIA ORAL
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUIAR 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.

19

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

EPICRISIS No. 61126

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY

DOC.IDENT:	TI 1075794726	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 20 SUR NO 28A 16		
FCHA.NACTO:	2007.06.26	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3222905946
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

- VALORACION POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA DE TORAX
- VIGILANCIA NEUROLOGICA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.11.30-22:50:52 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 NO SE EVIDENCIAN LESIONES AGUDAS DE TRAUMA COMO HEMORRAGIA CEREBRAL, HEMATOMAS O FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE TORAX SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO SIN EVIDENCIA DE TRAZOS DE FRACTURAS

*** FECHA: 23.11.30-23:19:35 MEDICO: / (AUXIL. VIC - VALENTINA IBARRA CARDOZO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 22:13 / 22:20 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA IBARRA CARDOZO

*** 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 RODILLA IZQUIERDA 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: 23.12.01-01:40:32 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 24420 NEUTROFILOS 82,6% HEMOGLOBINA 15,2 PLAQUETAS 280 MIL

TP 17,5" TPT 29,9" INR 1,30

LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA, RESTO SIN ALTERACIONES

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

EPICRISIS No. 61126

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY

DOC.IDENT:	TI 1075794726	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 20 SUR NO 23A 16		
FCHA.NACTO:	2007.06.26	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3222905946
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

*** FECHA: 23.12.01-07:19:51 MEDICO: / (DR(A). JOH - JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - C.C. 7722105 - REG. MEDICO: 111-09 - CIRUGIA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA GENERAL

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DE CARE 7/24 DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO AL PERDER EL CONTROL POR COLISIONAR CON OTRA MOTO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, INGRESA EN COMPAÑIA DE SU MAMA

ANTECEDENTES: NIEGA

EXAMEN FISICO: PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON TA: 100/60 MMHG, FC: 74 X MIN, FR: 16 X MIN, SATURACION: 99%
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL SIN CREPITOS NI ENFISEMA,PULMONES BIEN VENTILADOS , EXPANSION SIMETRICA
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO HAY SIGNMOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS
ALERTA ORIENTADO MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

REPORTE RX 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: 23.12.01-07:49:22 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 CABEZA , TORAX Y CODO DERECHO ,
AL EXAMEN FISICO: CARA ESCORIACION FRONTAL . TORAX DOLOR EN CAARA ANTERIOR . CODO DERECHO ESCORIACION EDEMKA Y DOLOR A MOVILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES MULTIPLES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS

17

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

EPICRISIS No. 61126

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY

DOC.IDENT:	TI 1075794726	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 20 SUR NO 23A 16		
FCHA.NACTO:	2007.06.26	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3222905946
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.12.01-09:34:29 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** 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 8 AM A 12 PM.

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 UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR 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.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR HOLMAN
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORA.S, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

*** FECHA: 23.12.01-09:34:57 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

16

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

EPICRISIS No. 61126

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY

DOC.IDENT:	TI 1075794726	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 20 SUR NO 23A 16		
FCHA.NACTO:	2007.06.26	EDAD:	16 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3222905946
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	O+				

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.12.01-09:34:36 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES		
RELACIONADO 1: S202 - CONTUSION DEL TORAX		
RELACIONADO 2: S203 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL		

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. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Médico y Cirujano
RM 0967/03

DR@. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
REG. MED: 967-03

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 170849

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -170849 **Fecha** 2023/11/30

Nombre Paciente: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY - 1075794726 **Edad:** 16 **Sexo:** M

Quien Realiza: VIC- VALENTINA IBARRA CARDOZO Sala:10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S068-OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
3. S202-CONTUSION DEL TORAX
4. S203-OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
5. S500-CONTUSION DEL CODO
6. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	VIC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN RODILLA IZQUIERDA 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.

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 4-Dic-2023 16:11:0

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:** 2023.11.3 21:32
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 16 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1075794726 GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY 1 NIVEL I NEIVA CLL 20 SUR NO 23A 16 3222905946

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.11.30	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	VIC	10.00
2023.11.30	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	VIC	10.00
2023.11.30	DRO	MERCURIO	MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C.	VIC	10.00
2023.11.30	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	VIC	6.00
2023.11.30	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	VIC	1.00
2023.11.30	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	VIC	1.00

PACIENTE: 1075794726 GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY **EDAD:** 16

DIRECCION: CLL 20 SUR NO 23A 16 **TELEFONO:** 3222905946

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-60344 **FECHA SINIESTRO:** 2023.11.30 **Nº POLIZA:** 8112489900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : jueves, 30 de noviembre de 2023						
22:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
22:12:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
22:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
22:12:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
22:12:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		NOCHE	MLD	
22:12:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		NOCHE	MLD	
22:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
22:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
22:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 13.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 1 de diciembre de 2023						
06:12:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
06:12:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
06:12:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
06:12:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	MLD	
06:12:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
06:12:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
06:12:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 10.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY No. Identif. 1075794726 Edad. 16

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.12.01

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	Cant.: 20.00	1 TAB VO CADA 6 HORA.S
* IBUPROFENO 400 MG TAB	Cant.: 20.00	1 TAB VO CADA 8 HORAS.

RM. 1116849370
MEDICO GENERAL

MEDICO | FARMACIA | PACIENTE

Samary Ruiz M.
Madre.
CC- 36.313.546

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -199102

FECHA EMISION: 2023.12.01
HORA: 09:46:08
PAGINA No: 1

USUARIO: GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY
DOC.IDENT: TI 1075794726 CAMA: -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2023/12/1
ORIGEN:
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Recibido Paciente

Samuel Ruiz M.
Madre
CC. 36 313 546.

2023-11-30 23:21
2023-11-30 23:36

[illegible] JOINER ARLEY
[illegible]

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

HEMATOLOGIA

[illegible]					
[illegible]	24.42	x 10^3/ul			30/11/2023 23:31
[illegible]	5.03	x 10^6/ul		3.50 - 5.50	30/11/2023 23:31
Hemoglobina	15.2	g/dl	*	11.0 - 15.0	30/11/2023 23:31
[illegible]	42.9	%		36.0 - 48.0	30/11/2023 23:31
[illegible]	85.3	fl.		80.0 - 99.0	30/11/2023 23:31
[illegible]	30.2	pg		26.0 - 32.0	30/11/2023 23:31
[illegible]	35.5	g/dl		32.0 - 36.0	30/11/2023 23:31
Recuento de Plaquetas	280	x 10^3/ul	*	150 - 450	30/11/2023 23:31
[illegible]	82.6	%	*	50.0 - 70.0	30/11/2023 23:31
[illegible]	9.3	%	*	20.0 - 40.0	30/11/2023 23:31
[illegible]	8.0	%		1.0 - 8.0	30/11/2023 23:31
[illegible]	0.10	%	*	3.00 - 7.00	30/11/2023 23:31
[illegible]	0.00	%		0.00 - 1.00	30/11/2023 23:31
[illegible] #	20.18	x 10^3/ul	*	2.00 - 7.80	30/11/2023 23:31
[illegible] #	2.26	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	30/11/2023 23:31
[illegible] #	1.96	x 10^3/ul	*	0.10 - 1.80	30/11/2023 23:31
Eosinofilos #	0.02	x 10^3/ul	*	0.30 - 0.70	30/11/2023 23:31
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	30/11/2023 23:31
[illegible] Plaquetario Medio	8.5	fl.		7.4 - 10.4	30/11/2023 23:31
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	43.1	fl		39.0 - 46.0	30/11/2023 23:31
[illegible] De Tribucion Eritrocitaria CV	13.1	%		11.5 - 14.5	30/11/2023 23:31
DV.	15.8				30/11/2023 23:31
[illegible]	0.237	%			30/11/2023 23:31

Dra. Gleda Ramirez Manrique
[illegible]

COAGULACION

[illegible] TROMBINA TP	17.50	seg		11.30 - 18.30	30/11/2023 23:34
[illegible] TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	29.90	seg		22.00 - 38.00	30/11/2023 23:35
INR	1.30				30/11/2023 23:34

Dra. Gleda Ramirez Manrique
[illegible]

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.12.05
HORA:	10:26:09
PAGINA No:	1

Numero: 85073 Fecha Ex. 30/11/23 Hora 16:55
Nombre Paciente: 1075794726 GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY
Dirección: CLL 20 SUR NO 23A 16 Telefono:3222905946 Edad:16 A Sexo:M
Medico: TITO VLADIMIR POLANIA TORRES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC CEREBRAL SIMPLE Prioridad: MEDIA

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 REJA COSTAL DERECHA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la reja costal derecha observándose las costillas óseas derechas con morfología general, contornos y densidad ósea satisfactorias.
No se confirma la presencia de focos de fracturas costales derechas en las proyecciones presentadas.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*HALLAZGOS

Proyección PA y lateral del tórax en la que se advierte satisfactoria expansión pulmonar bilateral.
La trama y la transparencia de los campos pulmonares esta conservada.
Examen negativo para procesos pleura pulmonares evolutivos
Ángulos costo frénicos libres
Mediastino que muestra un cayado aórtico normal
No hay cardiomegalia.

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.
Anotándose múltiples artefactos hiperdensos focales hacia el aspecto medial del hemisferio cerebral derecho.

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.12.05
HORA:	10:26:09
PAGINA No:	2

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, 30/11/2023

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Samay Ruiz identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Joiner Gomez, con identificación No. 1075794726, 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 30/NM/AA a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

Samay Ruiz M.

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c. 36313546

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

nformación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075794726
NOMBRES	JOINER ARLEY
APELLIDOS	GOMEZ RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

)atos 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	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2023 16:30:32	Estación de origen:	192.168.70.220

a información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la :esolución 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 l anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la .dministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

:especto 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 filiación 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 ntidad. 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 resentado 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.

a responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las ovedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

sta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y unca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

i necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas ctualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la filiación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

nformación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7714889
NOMBRES	EDWIN ARLEY
APELLIDOS	GOMEZ BARRIOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

latos 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	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2023 16:26:59	Estación de origen:	192.168.70.220

a información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la esolución 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 l anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la dministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

especto 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 filiación 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 ntidad. 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 resentado 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.

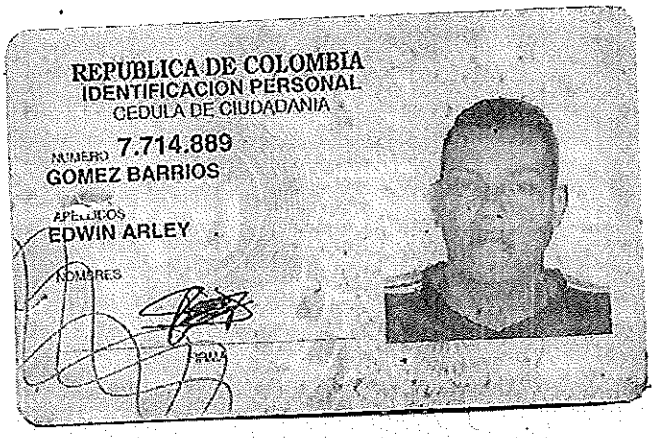
a responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las ovedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

sta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y unca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

i necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas ctualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la filiación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

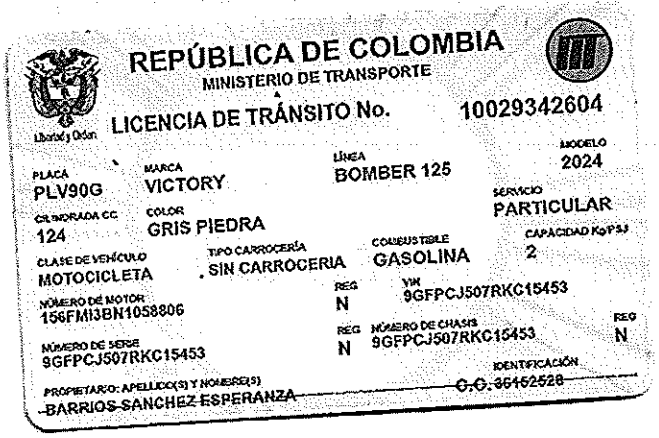
A



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.714.889
GOMEZ BARRIOS
APELLIDOS
EDWIN ARLEY
NOMBRES

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029342604

PLACA PLV90G
MARCA VICTORY
LÍNEA BOMBER 125
MODELO 2024
CILINDRADA CC 124
COLOR GRIS PIEDRA
SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA
TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE GASOLINA
CAPACIDAD Kg/PSJ 2
NÚMERO DE MOTOR 156FMI3BN1058806
REG N
VIN 9GFPCJ507RKC15453
NÚMERO DE SERIE 9GFPCJ507RKC15453
REG N
NÚMERO DE CHASIS 9GFPCJ507RKC15453
REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BARRIOS SANCHEZ ESPERANZA
IDENTIFICACIÓN
C.C. 36462528



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.075.794.726
GOMEZ RUIZ
APELLIDOS
JOINER ARLEY
NOMBRES

Joiner Gomez R
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1980
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
08-SEP-1998 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1900100-00713759-M-0007714893-20150610 0044459603A 1 7133441673


RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE
******
POTENCIA HP
10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902023000045113
L/E
I
FECHA IMPORT.
22/03/2023
PUERTAS
0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******
FECHA MATRÍCULA
15/06/2023
FECHA EXP. LIC. TTO
15/06/2023
FECHA VENCIMIENTO
******
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT07002462903


FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-2007
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
26-JUN-2025
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
M
SEXO
04-JUN-2015 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1900100-00763490-M-1075794726-20151006 0046749454A 1 09760835

RUNT

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:	PLV90G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10029342604	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	BOMBER 125
MODELO:	2024	COLOR:	GRIS PIEDRA
NÚMERO DE SERIE:	9GFPCJ507RKC15453	NÚMERO DE MOTOR:	156FMI3BN1058806
NÚMERO DE CHASIS:	9GFPCJ507RKC15453	NÚMERO DE VIN:	9GFPCJ507RKC15453
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	15/06/2023
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

(https://www.runt.gov.co/actores/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
8112489900	14/06/2023	15/06/2023	14/06/2024	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	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: 2024/01/20

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-FEC1-55160 fechada el dia 23.12.05 cuyo paciente es GOMEZ RUIZ JOINER ARLEY

HISTORIA No. 1075794726

GLOSA No: ZGL-1-42932 **SINIESTRO:** 55160

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	9400.00	

JUSTIFICACION:
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA	9400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON LAS MULTIPLES LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE DE TRANS MEDICO TRATANTE VE PERTINENTE LA VALORACION POR EL ESPECIALISTA ADEMAS TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, AS " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES LA PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DECIR POR BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SE CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DERECHO A LA SALUD DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TR 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: SO1-21201- TORAX (PA O P A Y LATERAL), REJA COSTAL

- ESTATUS ACTUAL:	**VALOR OBJETADO:**	**DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA	89500.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239285

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: 2024/01/20

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-FEC1-55128 fechada el dia 23.12.05 cuyo paciente es NAUZA CASTIBLANCO YEISSON ANDRES

HISTORIA No. 1075264806

GLOSA No: ZGL-1-42929 **SINIESTRO:** 55128

>> ITEM GLOSADO 1: 1 - GLOSA GENERAL

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	1010974.00	

JUSTIFICACION:
999
GASTOS MEDICOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	1010974.00	FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DECLARACION DE SINIESTRO.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA DECLARACION DEL SINIESTRO EN EL CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR LOS DATOS DE UBICACIÓN Y LA FECHA DEL SINIESTRO APORTADOS POR EL LESIONADO LOS CUALES SON LOS MISMOS APORTADOS EN EL FURIPS Y DEMAS SOPORTES ENVIADOS ANTERIORMENTE. SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,010,974.00
VALOR GLOSADO :	1010974.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1010974.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 18 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20227519	**No.**	187221	**Siniestro**	90729401	**No. Factura**	FEC155128		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	09/10/2023	**Fecha aviso**	21/12/2023	**Fecha recepción**	21/12/2023	
Fecha formalización	21/12/2023	**Fecha liquidación**	11/01/2024	**Póliza**	809994520	**Vigencia**	14/01/2023	**hast**	13/01/2024
Id tomador	1032493314	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075264806	**Nombre**	YEISSON ANDRES NAUZA CASTIBLANCO						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S701					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	ACLARACION Y/O CORRECCION DE LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, TENIENDO EN CUENTA QUE ESTA DIFIERE ENTRE FORMULARIO FURIPS Y SOPORTES MÉDICOS Y AUDITORIA INTERNA.	100%	1,010,974	1,010,974	0

1001	**Cobrado**	**1,010,974**
1002	**Obj. Parcial**	**1,010,974**
1003	**Liquidado**	**0**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
SARA.CONTRERAS			DRA. CLAUDIA MORENO.

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

equidad seguros

Bogotá D.C. Enero 11 de 2024.

OBJEQU-20227519-2023

Señor(a)
Representante Legal
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
CALLE 18 # 6 - 65 BARRIO QUIRINAL
NEIVA, HUILA
contabilidadfracturas@hotmail.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Asunto:

Siniestro: 90729401
Afectado: YEISSON NAUZA CASTIBLANCO
Poliza: AT-1501-8099945200-0
Factura: FEC155128

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 de la fecha de la ocurrencia del siniestro, teniendo en cuenta que esta difiere entre formulario furips y soportes médicos y auditoria interna.

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

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Yeisson Andres Nuñez Castiblanco No. Documento de Identidad 1075264806

Edad 31 Sexo M Dirección Domicilio Cra 30AN 24 42 Ciudad Neiva Teléfono 3132561310

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Yeisson Andres Nuñez Castiblanco No. Documento de Identidad 1075264806

Edad 31 Sexo M Dirección Domicilio Cra 30AN 24 42 Ciudad Neiva Teléfono 3132561310

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa LDF96G Vehículo Motocicleta

3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 3099945200

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 09/10/2023 Hora 18:15

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 X Ocupante ____ Peatón ____	Carrera 35 con Calle 34sur

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Yeisson Andres Nuñez iba como Conductor de moto con Placa LDF96G, Pierdo el control de la moto por mal Estado de la via y Caigo sufriendo lesiones Personales

6. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Yeisson Andres Nuñez Castiblanco identificado con c.c. 1075264806 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 transito 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 09/10/2023 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Yeisson Andres Nuñez

Firma Víctima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 55128

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

NAUZA — 1er.Apellido o Razon Social

CASTIBLANCO — 2do.Apellido

YEISSON — 1er.Nombre

ANDRES — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1075264806

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1992/08/1 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3132561310

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]
Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CARRERA 35 CON CALLE 34 SUR

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/9 Hora: 18:15

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA LDF96G, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO POR MAL ESTADO DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: BAJAJ Placa: LDF96G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8099945200 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2023/01/14 Hasta: 2024/01/13

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

SOSA — 1er.Apellido o Razon Social

TRUJILLO — 2do.Apellido

EDINSON — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1075301766

Direccion: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3132561310 Total Folios: 0

23

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
NAUZA	CASTIBLANCO

1er.Nombre	2do.Nombre
YEISSON	ANDRES

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] No. Documento 1075264806

Direcci¼n: CRA 30A N 24 42

Departamento: HUILA Cod. 41 TelÚfono: 3132561310

Municipio: NEIVA Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¼n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¼n: / / a las

Prestador que remite: C¼digo de inscripci¼n:

Direccion: Telefono:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptaci¼n: / / a las

Prestador que recibe: C¼digo de inscripci¼n:

Direccion: Telefono:

Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U[ ] R[ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/9 a las 18:57

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S059 TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO

Fecha de Egreso: 2023/10/10 a las 10:51

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

S059 TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
TITO	VLADIMIR

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
POLANIA	TORRES

Tipo Documento CC[X] CE[ ] PA[ ] No. Documento 7702628

N·mero de Registro de MÚdico 967-03

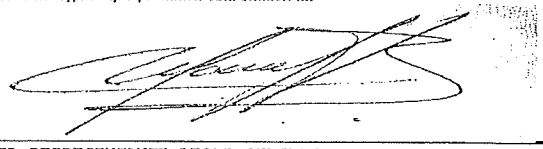
X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1010974	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 descripci¼n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¼n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¼n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¼n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¼n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¼n.



DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

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 ,2023.11.17	11:36:32	2023.12.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54432

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 167620

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.10.02 - 00:53	2023.10.02 - 18:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075299979 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO EDAD : 27 Años
DIRECCION: CLL 34 NO 11 W 75 NEIVA TELEFONO: 3125914812

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	2-Oct-2023	S55101					MJJ	1	86,100	86,100
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								17	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	1,129	1,129
	VENDA ALGODON 5X5								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
	VENDA ALGODON 5X5								3	0	0
	VENDA DE YESO 5"X5								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								4	3,387	13,548
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
29523-05	CLORURO DE SODIO 9%X500ML								1	4,819	4,819
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.02	873206		OAR				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.02	873206		OAR				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.02	873121		OAR				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.02	873121		OAR				1	81,400	81,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2023.10.02	879510		OAR				1	531,000	531,000
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.10.02	935304		MJJ				1	70,000	70,000
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.02	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.02	890701		OAR				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.02	S22101		LMM				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.10.02	S22103		MJJ				1	86,100	86,100

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: 1
Modalidad ELECTRONICA
Cufe: 5bcb7c46e53666ae1c0f3f765abb55bd749f058c0df2
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

7 CODIGO DEL COMERCIO
800.11[illegible]
una vigencia de: 12 Meses
0000 AUTORIZA
31da4e[illegible]
RUJILLO Nit. 93.355.451 - 0
IKA COLOMBIA S.A. S Nit. 900.390.126 - 6

Recibido!
27 de Diciembre del 2023
20228987

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:09:41 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. FEC154432

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5bcb7c46e53666ae1c0f3f765abb55bd749f058d0df275d47ede5d72c2dedc200fb96c13ec4295186081da4c798eae75

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
1576756

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-17 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
0997e1481e43b3c391f90ebdcb824bef11e4468e9d221f0d14ac8ec95542f8e6f8edc9e3c7a822e1d4876583ab92c4dd

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-17 11:39:40.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154432

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5bcb7c46e53666ae1c0f3f765abb55bd749f058d0df275d47ede5d72c2dedc200fb96c13ec4295186081da4c798eae75

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

CUDE:
8d419ad29b0adb27a919912890efafc9ab253d2693f54c24016c3e9a0f28340973cbd42e7d1d9e5601a4131d98ee990d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-17 04:48:41.000 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:
3da80afe0dfbaef29abb3a8b8ae001618cfaf81beb1d3f98e4a5354546d644cbcc1cbb9b270274a586e095bcec03888c

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-26 05:31:11.000 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

DIAN

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. FEC154432

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-17 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
5bcb7c46e53666ae1c0f3f765abb55bd749f058d0df275d47ede5d72c2dedc200fb96c13ec4295186081da4c798eae75

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
2461f99710b8008bf8c64f0f41bb90e4a305bff2f583dbb39ea31401da6665b3194b93ef8880320afcc8327f2f53b3cb

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-26 05:31:18.000 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: 9/4/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

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 ,2023.11.17	11:36:32	2023.12.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54432

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 167620

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.10.02 - 00:53	2023.10.02 - 18:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 1075299979 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO EDAD : 27 Años
DIRECCION: CLL 34 NO 11 W 75 NEIVA TELEFONO: 3125914812

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	2-Oct-2023	S55101					MJJ	1	86,100	86,100
ESTANCIAS											
38124	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS		38124						1	218,400	218,400
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								5	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								17	0	0
	TAPON HEPARINIZADO								1	1,129	1,129
	VENDA ALGODON 5X5								3	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								6	500	3,000
	VENDA ALGODON 5X5								3	0	0
	VENDA DE YESO 5"X5								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								6	3,758	22,548
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								4	3,387	13,548
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
29523-05	CLORURO DE SODIO 9%X500ML								1	4,819	4,819
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.02	873206		OAR				1	62,800	62,800
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	2023.10.02	873206		OAR				1	62,800	62,800
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.02	873121		OAR				1	81,400	81,400
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.10.02	873121		OAR				1	81,400	81,400
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	2023.10.02	879510		OAR				1	531,000	531,000
OTROS											
37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	2023.10.02	935304		MJJ				1	70,000	70,000
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.10.02	890302		HJC				1	64,500	64,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.02	890701		OAR				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.10.02	S22101		LMM				1	26,400	26,400
39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	2023.10.02	S22103		MJJ				1	86,100	86,100

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: 5bcb7c46e53666ae1c0f3f765abb55bd749f058d0df275d47ede5d72c2dedc200fb96c13ec4295186081da4c798eae75

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

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 ,2023.11.17	11:36:32	2023.12.17

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54432

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

VALOR BRUTO:	1,576,756	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	1,576,756

SON: UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.17 11:39:40 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: 5bcb7c46e53666ae1c0f3f765abb55bd749f058d0df275d47ede5d72c2dedc200fb96c13ec4295186081da4c798eae75

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:	54432
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,460,344
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 116,412
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 605

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

EAUT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 54432

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

GUARNIZO — 1er.Apellido o Razon Social

VALDERRAMA — 2do.Apellido

LUIS — 1er.Nombre

ALBERTO — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 1075299979

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 1996/10/11 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: CLL 34 NO 11 W 75

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3125914812

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: CALLE 21 CON CARRERA 2

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/1 Hora: 22:50

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA KHK59G, REFIERE PERDER EL CONTROL DE LA MOTO AL SER EMPUJADO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: VICTORY Placa: KHK59G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8094813000 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/12/1 Hasta: 2023/11/30

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GUARNIZO — 1er.Apellido o Razon Social

VALDERRAMA — 2do.Apellido

LUIS — 1er.Nombre

ALBERTO — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1075299979

Direccion: CLL 34 NO 11 W 75

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3125914812 Total Folios: 0

2A

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 606

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

1er.Apellido	2do.Apellido
GUARNIZO	VALDERRAMA

1er.Nombre	2do.Nombre
LUIS	ALBERTO

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075299979

Direcci¾n: CLL 34 NO 11 W 75

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3125914812

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que Remite: **Cargo:**

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe: **C¾digo de inscripci¾n:**

Direccion: **Telefono:**

Profesional que recibe: **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/2 **a las** 00:53 **Fecha de Egreso:** 2023/10/2 **a las** 18:53

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S500 CONTUSION DEL CODO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Diagnostico relacionado de Egreso

S500 CONTUSION DEL CODO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
OSCAR	ALEXIS

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
RODRIGUEZ	MENESES

Tipo Documento CC [X] CE [ ] 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	1576756	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

23

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

EPICRISIS No. 60097

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 1075299979	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 34 NO 11 W 75
FCHA.NACTO:	1996.10.11	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA TEL: 3125914812
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+		

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.10.02 — HORA DE INGRESO: 00:53
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.10.02 — HORA DE EGRESO: 18:53
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
RELACIONADO1: S500 - CONTUSION DEL CODO
RELACIONADO2: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.02-01:32:00 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 KHK59G, REFIERE PERDER EL CONTROL DE LA MOTO AL SER EMPUJADO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 00+54
INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, MOTIVO POR EL CUAL DECIDE CONSULTAR.

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: 120/70 FC: 70 FR: 19 TEMP: 36.5 TALLA: 172 PESO: 115 IMC: 39 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
MUCOSAS HÚMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, VISIÓN BILATERAL SIN ALTERACIONES, CAVIDAD ORAL SIN ALTERACIONES
<<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
<<GENITOURINARIO>>

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

EPICRISIS No. 60097

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 1075299979	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 34 NO 11 W 75		
FCHA.NACTO:	1996.10.11	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3125914812
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

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, HOMBRO, BRAZO, CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO CON MARCADO DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL.
<<NEUROLOGICO>>
PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT (++),
<<PIEL>>
SIN LESIONES
<<FANERAS>>
NORMALES

** EVOLUCION:
PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA MULTIPLES TRAUMAS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, SE DEJA EN OBSERVACION DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES, SS VALORACION POR ORTOPEDIA.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

** PLAN DE MANEJO:
- DIETA NORMAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- TAPON VENOSO
- PREVENIR CAIDAS.
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- USO DE MASCARILLA CONSTANTE
- 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

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP , CANT: 4, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 100 MG IV AHORA, LUEGO 50 MG IV CADA 8 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

19

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

EPICRISIS No. 60097

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 1075299979	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 34 NO 11 W 75		
FCHA.NACTO:	1996.10.11	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3125914812
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.02-02:04:11 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 01:34 / 01:39 DURACION: 00:05

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

01:34 HRS// 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 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: 23.10.02-03:31:25 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 ANTEBRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR.

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO: NO FRACTURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO NO HAY FRACTURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: NO HAY FRACTURAS, NO LUXACIONES, BUENA RELACION ARTICULAR
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

PENDIENTE REPORTE OFICIAL

*** FECHA: 23.10.02-09:06:25 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO
AL EXAMEN FISICO: DOLOR LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE , HOMBRO, BRAZO, CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO NEUROVASCULAR NORMAL.
RX DE CODO IZQUIERDO IMAGEN SUGESTIVAS DE FISURA DE CUPULA RADIOL

18

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

EPICRISIS No. 60097

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 1075299979	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 34 NO 11 W 75		
FCHA.NACTO:	1996.10.11	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3125914812
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

DX: PLITRAUMA

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE CODO IZQUIERDO 3D

** PLAN DE MANEJO:
PLAN
TOMAR TAC DE CODO PARA DEFIRNIR CONDUCTA

*** FECHA: 23.10.02-09:30:23 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE QUIEN ES VALORADO POR ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA, SOSPECHA POSIBLE FISURA DE CUPULA RADIAL, POR LO CUAL INDICA TOMA DE TAC DE CODO EN EL MOMENTO.
POR EL MOMENTO CONTINUAR EN OBSERVACION.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

TAC DE CODO DERECHO

*** FECHA: 23.10.02-10:30:06 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
SE SUSPENDE ORDEN ADICIONAL DE TAC DE CODO, YA ESTABA CARGADO PREVIAMENTE CON RECONSUTRCCION POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD TRATANTE

*** FECHA: 23.10.02-10:31:51 MEDICO: / (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CODO IZQUIERDO 3D: LESION SUGESTIVA DE FISURA DE CUPULA RADIAL.

*** FECHA: 23.10.02-15:38:47 MEDICO: / (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON CUADRO CONOCIDO CON TRAUMA EN CODO IZQ , AL EXAMEN FISICO: CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION EN CODO IZQ NEUROVASCULAR NORMAL.
TAC DE CODO IZQUIERDO: SIN EVIEDNCIA DE FRACTURA EN CUPULA RADIAL
DX: POLITRAUMATISMO
PLAN: INMOVILIZAR CON FERULA DE YESO
SALIDA

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

EPICRISIS No. 60097

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 1075299979	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 34 NO 11 W 75		
FCHA.NACTO:	1996.10.11	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3125914812
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 10 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 10 DIAS

*** FECHA: 23.10.02-18:41:23 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 IZQ CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

*** FECHA: 23.10.02-18:52:57 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, SE BRINDA MANEJO MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 10 DIAS CON EL DR CUERVO
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

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 UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- SI TIENE HERIDAS, REALICE CURACIONES CON MERCURIOCROMO POR 5 DIAS, LUEGO APLIZAR 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.
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR

16

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

EPICRISIS No. 60097

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 1075299979	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 34 NO 11 W 75		
FCHA.NACTO:	1996.10.11	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3125914812
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- SE ENTREGA FOLLETO INSTITCUIONAL DE REDOMENDAIOCNES Y SIGNOS DE ALARMA.
- NO MOJAR NI RETIRAR EL VENDAJE, ESTO SE HACE EN CONTROL.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

CEFRADINA 500 MG CAPSULA , CANT: 24, CADA: 6 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 6, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.10.02-18:54:51 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.02-18:53:57 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

*** FECHA: 23.10.02-22:48:31 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: 18:00 / 18:20 DURACION: 00:20

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 IZQ CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

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

EPICRISIS No. 60097

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

DOC.IDENT:	CC 1075299979	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CLL 34 NO 11 W 75		
FCHA.NACTO:	1996.10.11	EDAD:	27 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3125914812
EST.CIVIL:	SOLTERO	RH:	A+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO		
RELACIONADO 1: S500 - CONTUSION DEL CODO		
RELACIONADO 2: S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO		

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 Rodriguez Meneses
Médico Cirujano General
T.P. 1.031.151.920
FUNC

DR@. OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES
REG. MED: 1031151920

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167620

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167620 **Fecha** 2023/10/2

Nombre Paciente: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO - 1075299979 **Edad:** 26 **Sexo:** M

Quien Realiza: LMM- LUISA MARIA MONJE ROJAS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	LMM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 01:34 HRS// 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 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.

Luisa Monje
QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,11-Nov-2023 15:35:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS

860028415 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.10.0 00:53

001 0 SOAT OTRO REGIMEN 27 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

1075299979 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS 1 NIVEL I NEIVA CLL 34 NO 11 W 75 3125914812

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.10.02	ZMD	CLORURO	CLORURO DE SODIO 9%X500ML	LMM	1.00
2023.10.02	ZMQ	I ESPUMA	ISODINE ESPUMA CC	LMM	10.00
2023.10.02	ZMQ	I SOLUCION	ISODINE SOLUCION CC	LMM	10.00
2023.10.02	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LMM	5.00
2023.10.02	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	LMM	2.00

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167620

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167620 **Fecha** 2023/10/2

Nombre Paciente: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO - 1075299979 **Edad:** 27 **Sexo:** M

Quien Realiza: MJJ- JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Sala:** 11 SALA DE YESOS

Diagn¾sticos Previos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
3. S500-CONTUSION DEL CODO
4. S501-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.37206	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	MJJ	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR IZQ CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

Dr. Jesus A. Mindiola 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,11-Nov-2023 15:57:5

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:** 2023.10.0 00:53
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 27 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1075299979 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS 1 NIVEL I NEIVA CLL 34 NO 11 W 75 3125914812

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.10.02	ME	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	MJJ	3.00
2023.10.02	ZMQ	VENDA	VENDA ALGODON 5X5	MJJ	3.00
2023.10.02	ZMQ	YESO 5X5	VENDA DE YESO 5"X5	MJJ	3.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ADMISION No. 167620

PACIENTE: 1075299979 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

EDAD: 27 **No. CAMA:**

DIRECCION: CLL 34 NO 11 W 75 **TELEFONO:** 3125914812

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : lunes, 2 de octubre de 2023						
09:33:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
09:33:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
09:33:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 4.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO No. Identif. 1075299979 Edad. 26

Entidad: I.A EQUIDAD.SEGUROS Fecha: 2023.10.02

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	**Cant.:** 20.00	1 TAB VO CADA 8 HORAS.
* CEFRADINA 500 MG CAPSULA	**Cant.:** 24.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.

MEDICO FARMACIA PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -195632

FECHA EMISION: 2023.10.02
HORA: 18:55:22
PAGINA No: 1

USUARIO: GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO
DOC.IDENT: CC 1075299979 CAMA: -
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE PEDIDO: 2023/10/2
ORIGEN:
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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 CEFRAX TABL	CEFRADINA 500 MG CAPSULA	24.00
		TOTAL CANTIDAD:	64.00

Recibido Paciente

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.17
HORA:	09:41:28
PAGINA No:	1

Numero: 83382 Fecha Ex. 02/10/23 Hora 09:40
Nombre Paciente: 1075299979 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO
Dirección: CLL 34 NO 11 W 75 Telefono:3125914812 Edad:27 A Sexo:M
Medico: OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP del codo izquierdo y placa lateral observándose imagen sugestiva de fractura de la base de implantación del olecranon para correlacionar.
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 normales.
Hay edema de los tejidos blandos del antebrazo

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

RADIOGRAFIA DE BRAZO IZQUIERDO

*HALLAZGOS

Proyección AP y lateral del brazo izquierdo observándose la diáfisis del humero con morfología general, contornos y densidad ósea normales.
No se identifican focos de fracturas del humero en la única proyección presentada.

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:	23.11.17
HORA:	09:37:31
PAGINA No:	1

Numero: 83384 Fecha Ex. 02/10/23 Hora 09:37
Nombre Paciente: 1075299979 GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO
Dirección: CLL 34 NO 11 W 75 Telefono:3125914812 Edad:27 A Sexo:M
Medico: HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: TAC DE CODO IZQUIERDO 3D Prioridad: ALTA

LECTURA

TAC DE CODO IZQUIERDO 3D

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras óseas del codo izquierdo.

HALLAZGOS:

Las imágenes axiales se advierte la presencia de solución de continuidad con línea de fractura fina a la base de implantación del olecranon.
También se confirma foco de fractura ligeramente impactado de la cúpula radial sin desplazamientos.
Hay reconstrucciones multiplanares en la que nuevamente se advierte específicamente la fractura de la cúpula radial sin mayor desplazamiento.
Hay reconstrucciones volumétricas en 3D en la que nuevamente se identifica la fractura de la base del olecranon sin desplazamiento e igualmente la fractura de la cúpula radial igualmente sin desplazamiento.
La relación articular del codo es satisfactoria.
Edema de tejidos blandos adyacentes a la articulación del codo.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

5

CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT 800 110 181-9 Calle 16 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: 01 10 2015

Señores:
Equidad
Ciudad

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

Yo Leo Alberto Cerquera Valderrama identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No 1.075.2[illegible], 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 01/10/2015 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
C.C.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
C.C.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.299.979
GUARNIZO VALDERRAMA
APELLIDOS
LUIS ALBERTO
NOMBRES

FIRMA



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027854259

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
KHK59G	VICTORY	MRX125	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	GRIS GRAFITO NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
ZS152FMI55N301738	N	9GFJCJLJ3PHJ30148

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GFJCJLJ3PHJ30148	N	9GFJCJLJ3PHJ30148	N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO	C.C. 1075299979

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-1996**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

28-OCT-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1900150-01290157-M-1075299979-20220412 **00787**42956A 1 8504027038

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 90202200151230

I/E: I

FECHA IMPORT.: 15/09/2022

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA: 01/12/2022

FECHA EXP. LIC. TTO.: 01/12/2022

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT0700218798

RUNT 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:	KHK59G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027854259	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	MRX125
MODELO:	2023	COLOR:	GRIS GRAFITO NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFJCJLJ3PHJ30148	NÚMERO DE MOTOR:	ZS152FMI55N301738
NÚMERO DE CHASIS:	9GFJCJLJ3PHJ30148	NÚMERO DE VIN:	9GFJCJLJ3PHJ30148
CILINDRAJE:	124	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	01/12/2022
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
8094813000	30/11/2022	01/12/2022	30/11/2023	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: 2024/01/22

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-FEC1-54432 fechada el dia 23.11.17 cuyo paciente es GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

HISTORIA No. 1075299979

GLOSA No: ZGL-1-42968 **SINIESTRO:** 54432

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239234

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 35012.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 35012.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, I ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el pr de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos M al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quie sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 81400.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 81400.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/22

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-FEC1-54432 fechada el dia 23.11.17 cuyo paciente es GUARNIZO VALDERRAMA LUIS ALBERTO

HISTORIA No. 1075299979

GLOSA No: ZGL-1-42968 **SINIESTRO:** 54432

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	35012.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	35012.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, COMO SE ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-21102- BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	81400.00	

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	81400.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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

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:

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.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	1,576,756.00
VALOR GLOSADO :	116412.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	116412.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20228987	**No.**	186771	**Siniestro**	90728837	**No. Factura**	FEC154432		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	01/10/2023	**Fecha aviso**	27/12/2023	**Fecha recepción**	27/12/2023	
Fecha formalización	27/12/2023	**Fecha liquidación**	15/01/2024	**Póliza**	809481300	**Vigencia**	01/12/2022	**hast**	30/11/2023
Id tomador	1075299979	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1075299979	**Nombre**	LUIS ALBERTO GUARNIZO VALDERRAMA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S400					**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 Ó MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
2	21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO		100%	125,600	0	125,600
2	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO	NO SE RECONOCE UN 21102 BRAZO NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS CLÍNICOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA. /	100%, 100%	162,800	81,400	81,400
1	21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES		100%	531,000	0	531,000
1	37206	INMOVILIZACIÓN MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL		100%	70,000	0	70,000
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 (4) CLORURO DE SODIO 100ML $15.032, (1) CLORURO DE SODIO 500ML $4819 , (2) DICLOFENACO $5000, (3) TRAMADOL $10161 POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN.	100%	118,727	35,012	83,715
1	77702	INSUMOS			13,729	0	13,729

1001	**Cobrado**	**1,576,756**
1002	**Obj. Parcial**	**116,412**
1003	**Liquidado**	**1,460,344**

RECIBIDO 17 ENE 2024

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ALEJANDRA.ESCOBAR			DRA. CLAUDIA MORENO.

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 ,2023.11.22	15:58:56	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54637

ENTIDAD RESPONSABLE (AT1501)
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA TELEFONO: 8713072

TIPO CONTRATO: EVENTO
VIA DE INGRESO: URGENCIAS
ORDEN SS: 165844

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.09.01 - 10:33	2023.09.01 - 14:48

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO EDAD : 58 Años
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 HOBO TELEFONO: 3177733383

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	105,200	105,200
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								10	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	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
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.01	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.09.01	873411		MJJ				1	69,100	69,100
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.09.01	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.01	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.09.01	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.01	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.01	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.01	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.01	S22101		LMM				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
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DE COMERCIO 90.110.181-5
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18 *una vigencia de: 12 Meses*
Modalidad ELECTRONICA L *1000 AUTORIZA*
Cufe: 24e1cbe8ca6073ef0ef590314581de8e5344eee91af97 0c3c04f446ee
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia JJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta I CA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
27 de Diciembre del 2023
20228990

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:10:16 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. FEC154637

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
24e1cbe8ca6073ef0ef590314581de8e5344eee91af9744fbe962346f10e392ec7652fcc099d0762293f0c3c04f446ee

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
581069

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-22 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
fc8ccbb09fc30f1e2f30b75b2a20b1ead40c858975811cc6d7015d38b972ddff5ccffdd084977dccce68044aa34ea021

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 04:01:52.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154637

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
24e1cbe8ca6073ef0ef590314581de8e5344eee91af9744fbe962346f10e392ec7652fcc099d0762293f0c3c04f446ee

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

CUDE:
3e7254d9abda8520761193af4f0893907f388f93efaaa0f1d3daef8cf82b6812fae49e09c4fb195d71e0b5d2eb201241

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 09:06:52.000 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:
fce9447a934051dd6317b1d7da721c0f21ac718f927eed2d6a467bc3636757384da497a7ec1eb989d6bbe5549392681a

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 10:31:34.000 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

DIAN

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. FEC154637

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
24e1cbe8ca6073ef0ef590314581de8e5344eee91af9744fbe962346f10e392ec7652fcc099d0762293f0c3c04f446ee

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
24f24e391954c385249d700441cea58ddf73cf8d830c33032719cd30d0a4dfa66686efdc53ad28bef74b87c53439398e

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 10:34:03.000 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: 9/4/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

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 ,2023.11.22	15:58:56	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54637

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 165844
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.09.01 - 10:33 2023.09.01 - 14:48

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO EDAD : 58 Años
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 HOBO TELEFONO: 3177733383

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
ESTANCIAS											
38925	SALA DE OBSERVACION		38925						1	105,200	105,200
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO											
010201	VENOCAT CATETER # 20								1	4,800	4,800
010201	VENOCAT CATETER # 18								1	4,800	4,800
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	4,800	9,600
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								10	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	200	200
	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
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								3	0	0
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,892	4,892
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								5	3,758	18,790
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19924285	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP								1	3,387	3,387
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	11,300	22,600
	ISODINE ESPUMA CC								10	0	0
19996775	ISODINE SOLUCION CC								10	0	0
IMAGENES DX											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2023.09.01	873121		MJJ				1	81,400	81,400
21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	2023.09.01	873411		MJJ				1	69,100	69,100
LABORATORIOS											
19290	SUERO, ORINA Y OTROS	2023.09.01	903825						1	17,900	17,900
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.01	902208						1	30,900	30,900
19749	NITROGENO UREICO	2023.09.01	903856						1	14,900	14,900
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	2023.09.01	902045						1	45,000	45,000
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	2023.09.01	902049						1	43,700	43,700
OTROS											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.09.01	890701		MJJ				1	73,400	73,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.01	S22101		LMM				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: 24e1cbe8ca6073ef0ef590314581de8e5344eee91af9744fbe962346f10e392ec7652fcc099d0762293f0c3c04f446ee

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

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 ,2023.11.22	15:58:56	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54637

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

VALOR BRUTO:	581,069	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	581,069

SON: QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.22 04:01:52 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: 24e1cbe8ca6073ef0ef590314581de8e5344eee91af9744fbe962346f10e392ec7652fcc099d0762293f0c3c04f446ee

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

24

FACTURA:	54637
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 564,795
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 16,274
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

EMT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 54637

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

MONTEALEGRE — 1er.Apellido o Razon Social

ANGEL — 2do.Apellido

LUIS — 1er.Nombre

ALFREDO — 2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 4913379

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1964/12/20 Sexo: F M[X]

Direcci¾n: CARRERA 5 A N 2 A 02

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3177733383

Municipio: HOBO Cod. 349

Condicion del accidentado: Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [X] 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 [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ]

Otros [ ] Cual? Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 60 + 100 VIA NEIVA GARZON

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/1 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: U R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PHN68C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO 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. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: YAMAHA Placa: PHN68C

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8087775500 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/09/27 Hasta: 2023/09/26

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GONZALEZ — 1er.Apellido o Razon Social

CHAMBO — 2do.Apellido

JOSE — 1er.Nombre

ANDREY — 2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 12325443

Direccion: CLL 4A N 4 39

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3003626001 Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
BERNAL	SANCHEZ

1er.Nombre	2do.Nombre
ROBERTO	ANDRES

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1004416159

Direcci¾n: CLL 4A N 4 39

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3003626001

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/1 a las 08:31

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL **C¾digo de inscripci¾n:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053 HUILA-HOBO

Profesional que Remite: ANTONIO RAFAELO ESPINOZA RODRIGO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/09/1 a las 08:46

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/09/1 **a las** 10:33 **Fecha de Egreso:** 2023/09/1 **a las** 14:48

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T302 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

T302 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	581069	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

26

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. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.01 — HORA DE INGRESO: 10:33
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE EGRESO: 2023.09.01 — HORA DE EGRESO: 14:48
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO1: T302 - QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
RELACIONADO2: T243 - QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.01-11:19:03 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 PHN68C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 10+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO- HUILA, 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: 126/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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>>

23

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN CADERA, MUSLO IZQ NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO PROFUNDO CON PRESENCIA DE FLICTENAS POR AGENTE TOXICO (ACIDO) EN CARA ANTERIOIR DE MUSLO IZQUIERDO, DE APROX 15 CM X 10 CM DE EXTENSION
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

SE SOLICITA, PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININA, BUN

** 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
- REALIZAR IRRIGACION CON AGUA AL CLIMA POR AL MENOS 30 MIN
- SS/ VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y ORTOPEDIA.
- 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

**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: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA A8 HORAS., 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

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.09.01-12:14:13 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.09.01-12:21:43 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 11:28 / 11:38 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

11:18 HRS 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 MUSLO IZQUIERDO 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, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 23.09.01-13:59:39 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: 01/09/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 9.98 %NEUTROFILOS: 74.8 % LINFOCITOS: 16.1 HEMOGLOBINA: 15.0 %HEMATOCRITO: 43.1 MCV: 90.0 MCH: 31.5 PLAQUETAS: 244.000 TIEMPOS: TP: 14.10 TPT: 35.50 INR: 0.94 CREATININA : 0.9 BUN: 15

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

21

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.01-14:38:31 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 MUSLO Y RODILLA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: MUSLO IZQ GRAN QUEMADURA EN CARA ANTERIOR DE MUSLO IZQ. DOLOR EN INTERLINEA MEDIAL DE RODILLA
BUENA MOVILIDAD NO INESTABILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: QUEMADURA MUSLO IZQ
PLAN: MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.09.01-14:48:26 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE- TRANSITO CON DIAGNOSTICO CONOCIDO

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 95%

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA YA DESCARTADO LESION POR TRAUMATOLOGIA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 23.09.01-14:48:35 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: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-14:48:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

20

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: T242 - QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO
RELACIONADO 1: T302 - QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO
RELACIONADO 2: T243 - QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER

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

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

19

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 165844

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -165844 **Fecha** 2023/09/1

Nombre Paciente: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO - 4913379 **Edad:** 58 **Sexo:** M

Quien Realiza: LMM- LUISA MARIA MONJE ROJAS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	LMM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 11:18 HRS 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 MUSLO IZQUIERDO 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, SIN COMPLICACION ALGUNA.

Luisa Monje
QUIEN REALIZA

Luis Alfredo Montealegre, A
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,22-Sep-2023 10:47:1

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:** 2023.09.0 10:33
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 58 Años **Fecha Egreso** :
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS 1 NIVEL I HOBO CARRERA 5 A N 2 A 02 3177733383

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.01	COR	CLORURO	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER	LMM	2.00
2023.09.01	ZMQ	I ESPUMA	ISODINE ESPUMA CC	LMM	10.00
2023.09.01	ZMQ	I SOLUCION	ISODINE SOLUCION CC	LMM	10.00
2023.09.01	ZMQ	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	LMM	3.00
2023.09.01	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	LMM	2.00

17

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **Nº POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 1 de septiembre de 2023						
11:20:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
11:20:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
11:20:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
11:20:00	EQUIPO MACROGOTEO	2.00		DIA	LMS	
11:20:00	VENOCAT CATETER # 18	1.00		DIA	LMS	
11:20:00	VENOCAT CATETER # 20	1.00		DIA	LMS	
11:20:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	8.00		DIA	LMS	
11:20:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	2.00		DIA	LMS	
11:20:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	LMS	
11:20:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	
11:20:00	TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP	1.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	
11:20:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	3.00	INTRAVENOSA	DIA	LMS	

TOTAL SUMINISTRADO: 24.00

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-09-01 11:56
2023-09-01 12:32

Paciente

MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO
4913379
Masculino
58 Años

Orden No. 202309010032

Consulta Externa
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	9.98	x 10^3/ul			01/09/2023 12:17
Recuento de Globulos Rojos	4.78	x 10^6/ul		3.50 - 5.50	01/09/2023 12:17
Hemoglobina	15.0	g/dl		11.0 - 15.0	01/09/2023 12:17
Hematocrito	43.1	%		36.0 - 48.0	01/09/2023 12:17
Volumen Corpuscular Medio	90.0	fL		80.0 - 99.0	01/09/2023 12:17
Hemoglobina Corpuscular Media	31.5	pg		26.0 - 32.0	01/09/2023 12:17
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.9	g/dl		32.0 - 36.0	01/09/2023 12:17
Recuento de Plaquetas	244	x 10^3/ul		150 - 450	01/09/2023 12:17
Neutrofilos %	74.8	%	*	50.0 - 70.0	01/09/2023 12:17
Linfocitos %	16.1	%	*	20.0 - 40.0	01/09/2023 12:17
Monocitos %	6.0	%		1.0 - 8.0	01/09/2023 12:17
Eosinofilos %	3.10	%		3.00 - 7.00	01/09/2023 12:17
Basofilos %	0.00	%		0.00 - 1.00	01/09/2023 12:17
Neutrofilos #	7.47	x 10^3/ul		2.00 - 7.80	01/09/2023 12:17
Linfositos #	1.60	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	01/09/2023 12:17
Monocitos #	0.60	x 10^3/ul		0.10 - 1.80	01/09/2023 12:17
Eosinofilos #	0.31	x 10^3/ul		0.30 - 0.70	01/09/2023 12:17
Basofilos #	0.00	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	01/09/2023 12:17
Volumen Plaquetario Medio	8.0	fL		7.4 - 10.4	01/09/2023 12:17
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	42.4	fL		39.0 - 46.0	01/09/2023 12:17
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.6	%		11.5 - 14.5	01/09/2023 12:17
PDW	15.5				01/09/2023 12:17
PCT	0.195	%			01/09/2023 12:17
BIOQUIMICA					
NITROGENO UREICO	15.00	mg/dl		9.00 - 20.00	01/09/2023 12:17
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0.9	mg/dl		0.7 - 1.3	01/09/2023 12:17

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Paciente

MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO
4913379
Masculino
58 Años

Orden No. 202309010032

Consulta Externa
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
COAGULACION				
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	14.10	seg	11.30 - 18.30	01/09/2023 12:13
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	35.50	seg	22.00 - 38.00	01/09/2023 12:13
INR	0.94			01/09/2023 12:13

14

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 SEPTIEMBRE 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 seis (06) días del mes de octubre de 2023.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

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

13

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 580218852f3194ecc2c753a8e9eb09670e5d3d8c0c673d3bb833ba8df37aa5599c0e1295c96c3e7977d79df901247776

Número de Factura: FE-9501
Fecha de Emisión: 18/09/2023
Fecha de Vencimiento: 18/10/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezl@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA / CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	2023	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 11.046.420,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.046.420,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

12

Referencias

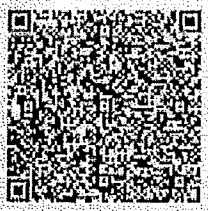
Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2023 (PRIMERA QUINCENA DEL MES 1-15)

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-09-18 09:57:11
Documento generado el: 2023-09-18 09:57:10
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	11.016.420,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.016.420,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.016.420,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	11.016.420,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
9010001	1075793437	17 Años	RODRIGUEZ VARGAS ANGIE TATIANA	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9010026	1081154383	34 Años	RODRIGUEZ GUTIERREZ OSNAIDER	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9010032	4913379	58 Años	MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9010034	1109416310	32 Años	JOBEN FIGUEROA DIDIER FERNEY	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
9010035	1076514959	5 Años	ROJAS RUIZ THOMAS JAVIER	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
9010036	1141358747	6 Años	REYES POVEDA DULCE MARIA	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9010040	83225334	44 Años	MENSA LADINO JOSE BERNER	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9020046	1079509951	24 Años	ORTIZ SEMANATE ANDRES FELIPE	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9020048	1117529841	30 Años	CORONADO GOMEZ DANIEL	
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9030001	1193144839	22 Años	POVEDA CABRERA CARLOS	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEBE A
IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ
NIT.900.422.862-8
LA SUMA DE ONCE MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($11,046,420.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (1RA QUINCENA) DEL 1 AL 10.

	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100009	1080295565	10 Años	ALDANA PIMENTEL JUAN SEBASTIAN	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9100011	4901789	87 Años	GARZON MEDINA MARCO TULIO	
	902221		RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	13,100
9100012	1075542524	31 Años	LASSO LAGUNA CRISTIAN FERNANDO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	19,300
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS	18,600
9100013	7623217	56 Años	PRIETO MATA AMABLE ENRIQUE	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100014	1079606091	32 Años	TRUJILLO PERDOMO LEIDY YOHANA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
9100015	11768298	49 Años	COLINA ALVARADO YLIANY ALICIA	
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	45,600
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
			SUBTOTAL	12,273,800
			MENOS EL 10%	1,227,380
			TOTAL	11,046,420

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION:	23.11.21
HORA:	10:16:59
PAGINA No:	1

Numero: 82346 Fecha Ex. 01/09/23 Hora 16:21
Nombre Paciente: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO
Dirección: CARRERA 5 A N 2 A 02 Telefono:3177733383 Edad:58 A Sexo:M
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA Prioridad: ALTA

LECTURA

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

*HALLAZGOS

Proyección AP lateral del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
No hay focos de fracturas de las estructuras del fémur aparentes en las imágenes presentadas.

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA

*HALLAZGOS

Proyección AP y oblicua de la cadera izquierda observándose la articulación coxofemoral con aspecto anatómico, contornos y densidad ósea normales.
Picos óseos de osteofitos de rebordes super externo del acetábulo izquierdo.

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, 01-09-2023

Señores Equidad

Ciudad

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

Yo Luis Alfredo Hunteglegue Angel identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 4913379, 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 DD/MM/AAAA a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

L. Alfredo. H

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

_____

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202309010007 - 1

SIH-1/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 01 MES 09 AÑO 2023 Autorización: XXXXXXXXXXX
No. de Historia Clínica CC4913379
Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA Código 413490048401
Institución a la que se remite _____ Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
LUIS ALFREDO	MONTEALEGRE	ANGEL	M F

Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 4913379
Dirección CARRERA 5 A # 2A-03 KENNEDY Teléfono 3177733383 Edad 58 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 20/12/1964
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo ___ Subsidiado ___ Vinculado ___ SOAT ___ Particular ___ Otro ___
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso	Servicio que Remite		Especialidad
D 01 M 09 A 2023	Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Fecha de Egreso	Consulta Externa		
D 01 M 09 A 2023	Hospitalización		
	Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	CIRUGIA	CIRUGIA

Motivo de Remisión		Médico que Remite	
Nivel de Competencia	X	Nombre	ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIGUEZ
No hay Recurso Humano		Firma y Sello	Antonio Espinoza R. MEDICO UNIVERSO RM 8507987
No hay Equipo			
Petición Voluntaria			
Otro			
		C.C	8507987
		Registro Médico	08-4608

CUADRO CLINICO DE +/- 20 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ADEAMBULAR, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGLOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, ALGIDO, QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO, QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE INGRESA PARA MANEJO DEL DOLOR, DEL AREA AFECTADA Y COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA

Nivel de Competencia							
Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1	X	2		3		4	

6

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 08:31 Hora 08 Minutos 31

Nombre de la persona que solicita la Remisión

ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG.(MEDICINA .)

Hora Confirmación 08:31 Hora 08 Minutos 31

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo

	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE MOTOR DE DOS O TRES RUEDAS:	V229
MOTOCICLISTA NO ESPECIFICADO, LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	T242
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	R520
DOLOR AGUDO	

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 1 HORA Y MEDIA DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLÑO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ALDEAMBULAR COMENTA QUE SE TRANSPORTABA EN MOTO DE PLACAS N° PHN68C MARCA YAMAHA MODELO 2013 EN CALIDAD DE PASAJERO Y PERDIERON EL EQUILIBRIO AL TROPEZAR CON UNA PIEDRA EN LA VIA NEIVA - GARZON KILOMETRO 60, ANTECEDENTES DE INTERES HTA EN MANEJO MEDICO, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA, SE REALIZO ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA AL INGRESO DE LA INSTITUCION SOBRE SINTOMAS DE COVID- 19, CONTACTO CON PACIENTE SOSPECHOS O CONFIRMADOS DE COVID- 19 Y LA REALIZACION DE VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS QUIEN ?NIEGA?

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
120/80	80	36.20	20	172.0	76.00	

Hallazgos del Examen Físico

SENSORIO: DOLOR EN EL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA TEGUMENTARIO: QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO ALGIDO **Cabeza:**Normal - **Cuello:**Normal - **Torax:**Normal - **Abdomen:**Normal - **G/U:**Normal - **Extremidades:**Anormal QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO - **Neurológico:**Normal - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal - **Boca:**Normal - **Ojos:**Normal - **Piel:**Anormal QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA CON APROXIMADAMENTE 5 % DE EXTENSION CORPORAL - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Anormal LIMITACION A LA DEAMBULACION

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

CUADRO CLINICO DE +/- 20 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLÑO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ALDEAMBULAR CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, ALGIDO, QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO, QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE INGRESA PARA MANEJO DEL DOLOR, DEL AREA AFECTADA Y COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA, LA VALORACION SE REALIZA SEGÚN LAS RECOMEDACIOENS DE LA OMS, CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA INFECCION POR SARS-COV-2/COVID 19 Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECION SOCIAL, CON EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECION PERSONAL SE ATIENDE CON MEIDDAS DE BIOSEGURIDAD (EPP), TAPABOCAS N95, CARETA, TRAJE ANTIFLUIDOS, MONOGAFAS, GUANTES, POLAINAS), SUMINISTRADO POR LA ESE, HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO - HUILA, TAMBIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE PARA EVITAR EL SARS-COV-2/COVID 19.

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

5

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE MOTOR DE DOS O TRES RUEDAS:	V229
MOTOCICLISTA NO ESPECIFICADO, LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	T242
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	B520
DOLOR AGUDO	

Observaciones o Sugerencias

1. COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA 2. LEV: HARTMAN 500 CC CC EN BOLO Y CONTINUAR A 60 CC / HORA 3. DIPIRONA 2 GR IV / AHORA DILUIDA Y PASAR LENTO 4. AMPICILINA 2 GR IV / AHORA DILUIDA Y PASAR LENTO 5. TOXOIDE TETANICO 1 AMP IM / AHORA 6. LIMPIAR AREA AFECTADA 7. VIGILAR ESTADO DEL DOLOR 8. CONTROL DE LIQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS 9. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Impreso por:

Mayerly Rojas

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	4913379
NOMBRES	LUIS ALFREDO
APELLIDOS	MONTEALEGRE ANGEL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	HOBO

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	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/22/2023 10:51:01	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

3

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1004416159
NOMBRES	ROBERTO ANDRES
APELLIDOS	BERNAL SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2021	22/07/2023	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/22/2023 10:51:28	**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.

2

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

RUNT

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:	PHN68C		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10004070853	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	FZ16
MODELO:	2013	COLOR:	AZUL BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	45D3024458
NÚMERO DE CHASIS:	9FKKG0340D2024458	NÚMERO DE VIN:	9FKKG0340D2024458
CILINDRAJE:	153	TIPO DE CARROCERÍA:	TURISMO
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	22/08/2012
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOyTTE MCPAL PRADERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
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
8087775500	26/09/2022	27/09/2022	26/09/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
1408004142207000	10/09/2021	11/09/2021	10/09/2022	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
13907700007510	04/09/2020	06/09/2020	05/09/2021	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
8038248600	05/09/2019	06/09/2019	05/09/2020	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
8010405800	24/08/2018	25/08/2018	24/08/2019	120	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: 2024/01/22

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-FEC1-54637 fechada el dia 23.11.22 cuyo paciente es MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

HISTORIA No. 4913379

GLOSA No: ZGL-1-42953 **SINIESTRO:** 54637

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239235

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 5000.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 5000.00
DOCUMENTO ANEXO:

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 APLICACI NECESARIA DE LA AGUJA HIPODERMICA. INSUMOS UTILIZADOS DURANTE LA ESTANCIA DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION, CLARO QUE UN EQUIPO ES PARA LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y EL SEGUNDO EQUIPO ES PARA TRATAMIENTO MEDICO (ANTIBIOTI ANALGESIA) POR LO TANTO SI SON PERTINENTES Y NECESARIOS.SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVE POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: COR-CLORURO-BOLS CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 11274.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 11274.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LO CANALIZAN Y LOS CLORUROS FUERON UTILIZADOS PARA DILUIR EL MEDICAMENTO QUE LE ORDENO EL MEDICO TRATANTE AL PACIENTE COMO LO INDICA EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO EN LA EPICRISI ANEXADA ANTERIORMENTE.

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/22

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-FEC1-54637 fechada el dia 23.11.22 cuyo paciente es MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

HISTORIA No. 4913379

GLOSA No: ZGL-1-42953 **SINIESTRO:** 54637

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	5000.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	5000.00	

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. INSUMOS UTILIZADOS DURANTE LA ESTANCIA DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION, ES CLARO QUE UN EQUIPO ES PARA LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y EL SEGUNDO EQUIPO ES PARA TRATAMIENTO MEDICO (ANTIBIOTICO-ANALGESIA) POR LO TANTO SI SON PERTINENTES Y NECESARIOS.SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: COR-CLORURO-BOLS CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	11274.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	11274.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE AL PACIENTE LO CANALIZAN Y LOS CLORUROS FUERON UTILIZADOS PARA DILUIR EL MEDICAMENTO QUE LE ORDENO EL MEDICO TRATANTE AL PACIENTE COMO LO INDICA EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO EN LA EPICRISI ANEXADA ANTERIORMENTE.

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

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	581,069.00
VALOR GLOSADO :	16274.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	16274.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20228990	**No.**	179842	**Siniestro**	90721224	**No. Factura**	FEC154637		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	01/09/2023	**Fecha aviso**	13/10/2023	**Fecha recepción**	27/12/2023	
Fecha formalización	27/12/2023	**Fecha liquidación**	15/01/2024	**Póliza**	808777550	**Vigencia**	27/09/2022	**hast**	26/09/2023
Id tomador	12325443	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	4913379	**Nombre**	LUIS ALFREDO MONTEALEGRE ANGEL						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S701					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	38925	SALA DE OBSERVACION		100%	105,200	0	105,200
1	21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO		100%	81,400	0	81,400
1	21105	PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS Y COXO FEMORALES		100%	69,100	0	69,100
1	19290	SUERO, ORINA Y OTROS		100%	17,900	0	17,900
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	30,900	0	30,900
1	19749	NITRÓGENO 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	77701	MEDICAMENTOS	NO SE RECONOCE (2) CLORURO DE SODIO 100ML POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y/O ADMINISTRACIÓN., , ,	100%	52,169	11,274	40,895
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCE EQUIPO MACROGOTEO POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTE DE ACUERDO A TIEMPO DE ESTANCIA Y TRATAMIENTO ADMINISTRADO. NO SE RECONOCEN AGUJA HIPODÉRMICA POR NO EVIDENCIA DE SU USO Y NO PERTINENTES YA QUE LAS JERINGAS INCLUYEN AGUJA.		21,000	5,000	16,000

1001	**Cobrado**	**581,069**
1002	**Obj. Parcial**	**16,274**
1003	**Liquidado**	**564,795**

RECIBIDO 17 ENE 2024

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ALEJANDRA.ESCOBAR			DRA. CLAUDIA MORENO.

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 ,2023.11.22	16:00:57	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54638

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 165863,165867,166581,167121
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.09.01 - 10:33 | 2023.09.22 - 08:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO EDAD : 58 Años
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 HOBO TELEFONO: 3177733383

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15102	DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	1-Sep-2023	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HEO	1	218,000	218,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	1-Sep-2023	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	MAM	1	142,500	142,500
39207	GRUPO 05	1-Sep-2023	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	388,900	388,900
39302	GRUPOS 04 05 06	1-Sep-2023	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	159,000	159,000
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						8	312,600	2,500,800
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								3	4,800	14,400
010201	VENOCAT CATETER # 18								2	4,800	9,600
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								32	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								6	4,800	28,800
	VENDA ALGODON 6X5								1	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								7	5,700	39,900
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								39	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								41	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
903816	BAJALENGUAS								2	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								24	200	4,800
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								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								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								24	500	12,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								24	600	14,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								15	0	0
	VENDA ALGODON 6"X5								1	4,700	4,700
	COMPRESAS ESTÉRILES (PAQUETE X 5 U.I.)								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 S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA D
Cufe: 4f46b764c9b6011e430f280ca28d83a1b16520b01215e9
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F

CODIGO DE COMERCIO
00.110181-9
ina vigencia de: 12 Meses
000 AUTORIZA
04a44c3b5c3a1
JJILLO Nit. 93.355.451 - 0
A COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
27 de Diciembre del 2023
20228991

61

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:12:57 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. FEC154638

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4f46b764c9b6011e430f280ca28d83a1b16520b01215e98928e a6e902567950c6b198f9624b4a69992354a44c3b5c3af

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
4776424

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-22 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
c2a82fa8f64cc8e1b44c26738be090dcc2ad85b5db26a483ef21 d16b702dac7650ab5a0378d00689ffa94bfde8b821b7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 04:04:01.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

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. FEC154638

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4f46b764c9b6011e430f280ca28d83a1b16520b01215e98928ea6e902567950c6b198f9624b4a69992354a44c3b5c3af

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

CUDE:
b1d7c6ba7a5e4fbf8c2e712d38b0f8c548a35eb0d1d9bed6931ecec2d37587dc86353f0c588948ea5686ab303c87b5ed

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 09:06:54.000 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:
18aeba2930dd8544ea80a2e21a047678eccd227f031235f8b3c86e8f4fb1387d21e845bc72a33449881efa162e9535c9

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 10:25:14.000 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

DIAN

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. FEC154638

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
4f46b764c9b6011e430f280ca28d83a1b16520b01215e98928e a6e902567950c6b198f9624b4a69992354a44c3b5c3af

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
22f002662131651a4ee545add281f3ec22274c489e4668e2a96 1f1c6015819cbd6f1917c0d7c6d752037b620f208fe45

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 10:25:25.000 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: 9/4/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

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 ,2023.11.22	16:00:57	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54638

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 165863,165867,166581,167121

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES	FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN		2023.09.01 - 10:33	2023.09.22 - 08:50

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO EDAD : 58 Años
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 HOBO TELEFONO: 3177733383

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15102	DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	1-Sep-2023	39003	1	05	100.0%	1-CIRUJANO	HEO	1	218,000	218,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	1-Sep-2023	39103	1	05	100.0%	2-ANESTESI	MAM	1	142,500	142,500
39207	GRUPO 05	1-Sep-2023	39207	1		100.0%	3-DER.SALA	CLF	1	388,900	388,900
39302	GRUPOS 04 05 06	1-Sep-2023	39302	1		100.0%	4-MATERIAL	CLF	1	159,000	159,000
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						8	312,600	2,500,800
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								3	4,800	14,400
010201	VENOCAT CATETER # 18								2	4,800	9,600
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								32	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								6	4,800	28,800
	VENDA ALGODON 6X5								1	0	0
	VENDA ALGODON 6X5								2	4,700	9,400
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								7	5,700	39,900
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								39	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								41	0	0
248800	MASCARA OXIGENO ADULTO								1	7,000	7,000
903816	BAJALENGUAS								2	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								24	200	4,800
010102	GUANTE ESTERIL 8 .0								2	0	0
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								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								6	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								24	500	12,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								24	600	14,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								15	0	0
	VENDA ALGODON 6"X5								1	4,700	4,700
	COMPRESAS ESTÉRILES (PAQUETE X 5 U.I.)								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: 4f46b764c9b6011e430f280ca28d83a1b16520b01215e98928ea6e902567950c6b198f9624b4a69992354a44c3b5c3af

61

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

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 ,2023.11.22	16:00:57	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54638

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								5	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								20	4,892	97,840
19996775	ISODINE SOLUCION								200	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								15	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								48	3,758	180,384
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								24	2,500	60,000
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								3	0	0
19995363	ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML								2	40,000	80,000
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								200	0	0
24068-06	VASELINA X 1 LIBRA FRASCO								1	0	0
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								30	0	0
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								48	11,300	542,400
20006845	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								30	0	0
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.01	890202		HEO				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.01	890202		MAM				1	55,100	55,100
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2023.09.22	890302		RGM				1	64,500	64,500
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.05	S22101		MFA				1	0	0
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.09	S22101		CRS				1	0	0
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.13	S22101		BRC				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	4,776,424	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	4,776,424

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.22 04:04:01 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: 4f46b764c9b6011e430f280ca28d83a1b16520b01215e98928ea6e902567950c6b198f9624b4a69992354a44c3b5c3af

60

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:	54638
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 4,495,224
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 281,200
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

EVT

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG [ ]

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: FEC1-54638

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	2do.Apellido
MONTEALEGRE	ANGEL
1er.Nombre	**2do.Nombre**
LUIS	ALFREDO

Tipo de Documento: CC[X] CE[ ] PA[ ] TI[ ] RC[ ] AS[ ] MS[ ] PT[ ] No. Documento: 4913379

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1964/12/20 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: CARRERA 5 A N 2 A 02

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3177733383

Municipio: HOBO Cod. 349

Condicion del accidentado: Conductor[ ] Peaton[ ] Ocupante[X] 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	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]					
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 60 + 100 VIA NEIVA GARZON

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/1 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: U[ ] R[X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PHN68C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO 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.[ ] P¾liza falsa[ ] Vehiculo en Fuga[ ]

Marca: YAMAHA Placa: PHN68C

Tipo de Servicio: Particular[X] Publico[ ] Oficial[ ] Vehiculo de Emergencia[ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar[ ] Vehi. de transporte masivo[ ] Vehi. Escolar[ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si[ ] No[X]

Poliza SOAT No 8087775500 Cobro excedente P¾liza Si[ ] No[X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/09/27 Hasta: 2023/09/26

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
GONZALEZ	CHAMBO
1er.Nombre	**2do.Nombre**
JOSE	ANDREY

Documento de identidad: CC[X] CE[ ] PA[ ] NIT[ ] TI[ ] RC[ ] No. Documento 12325443

Direccion: CLL 4A N 4 39

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3003626001 Total Folios: 0

63

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008 677

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

1er.Apellido	2do.Apellido
BERNAL	SANCHEZ

1er.Nombre	2do.Nombre
ROBERTO	ANDRES

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1004416159

Direcci¾n: CLL 4A N 4 39

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3003626001

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/1 a las 08:31

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL **C¾digo de inscripci¾n:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053 HUILA-HOBO

Profesional que Remite: ANTONIO RAFAELO ESPINOZA RODRIGO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/09/1 a las 08:46

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/09/1 **a las** 10:33 **Fecha de Egreso:** 2023/09/22 **a las** 08:50

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T302 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

T302 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	4776424	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL,GERENTE O SU DELEGADO

61

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT: CC 4913379 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02
FCHA.NACTO: 1964.12.20 EDAD: 58 A CIUDAD: HOBO TEL: 3177733383
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.09.01 HORA DE INGRESO: 10:33
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA FECHA DE EGRESO: 2023.09.22 HORA DE EGRESO: 08:50
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO1: T302 - QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA .
RELACIONADO2: T243 - QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.01-11:19:03 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 PHN68C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 10+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO- HUILA, 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: 126/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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>>

59

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN CADERA, MUSLO IZQ NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA QUEMADURA DE II Y III GRADO EXTENSA CON PRESENCIA DE FLICTENAS POR AGENTE TOXICO (ACIDO) EN CARA ANTERIOIR DE MUSLO IZQUIERDO
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

SE SOLICITA, PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININA, BUN

** 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
- REALIZAR IRRIGACION CON AGUA AL CLIMA POR AL MENOS 30 MIN
- SS/ VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y ORTOPEDIA.
- 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

**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: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA A8 HORAS., 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 56

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.09.01-12:14:13 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

*** FECHA: 23.09.01-12:21:43 MEDICO: / (AUXIL. LMM - LUISA MARIA MONJE ROJAS - C.C. 1082215971 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 11:28 / 11:38 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

11:18 HRS 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 MUSLO IZQUIERDO 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, SIN COMPLICACION ALGUNA.

*** FECHA: 23.09.01-13:59:39 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: 01/09/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 9.98 %NEUTROFILOS: 74.8 % LINFOCITOS: 16.1 HEMOGLOBINA: 15.0 %HEMATOCRITO: 43.1 MCV: 90.0 MCH: 31.5 PLAQUETAS: 244.000 TIEMPOS: TP: 14.10 TPT: 35.50 INR: 0.94 CREATININA : 0.9 BUN: 15

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

57

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.01-14:38:31 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 MUSLO Y RODILLA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: MUSLO IZQ GRAN QUEMADURA EN CARA ANTERIOR DE MUSLO IZQ. DOLOR EN INTERLINEA MEDIAL DE RODILLA
BUENA MOVILIDAD NO INESTABILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: QUEMADURA MUSLO IZQ
PLAN: MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA

*** FECHA: 23.09.01-14:48:26 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HOJAURGE

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE- TRANSITO CON DIAGNOSTICO CONOCIDO

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 95%

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA YA DESCARTADO LESION POR TRAUMATOLOGIA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 23.09.01-14:48:35 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: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-14:48:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.01-18:50:39 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

POLITRAUMATISMO EN ACCIDENE DE MOTOCICLETA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:

S6

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DOLRO EN DIFERENTE PARTES DEL CUERPO SECUNDARIO A TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/70 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36 TALLA: 165 PESO: 66 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL GLASGOW 15/15
SE APRECIA HERIDA QUEMADURAS G II III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM
RESTO DE EXAMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
DOLOR EN DIFERENTEES SITIOS DEL CUERPO, PERO SOLO COMPATIBLES CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

** ANALISIS PLAN:
IDX:
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS G II III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PLAN:
PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA
LAVADO DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE AREAS DE QUEMADURAS ESCISIONAL

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-14:00:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.09.01-18:51:05 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

MOTIVO DE LA ATENCION

POLITRAUMATISMO EN ACCIDENE DE MOTOCICLETA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
DOLRO EN DIFERENTE PARTES DEL CUERPO SECUNDARIO A TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/70 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36 TALLA: 165 PESO: 66 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL GLASGOW 15/15
SE APRECIA HERIDA QUEMADURAS G II III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM
RESTO DE EXAMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
DOLOR EN DIFERENTEES SITIOS DEL CUERPO, PERO SOLO COMPATIBLES CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

SS

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT: CC 4913379 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02
FCHA.NACTO: 1964.12.20 EDAD: 58 A CIUDAD: HOBO TEL: 3177733383
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

** EVOLUCION:
IDX:
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS G II III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
PLAN:
PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA
LAVADO DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE AREAS DE QUEMADURAS ESCISIONAL

***** FECHA: 23.09.01-18:52:05 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

** EVOLUCION:
IDX:
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS G II III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
PLAN:
PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA
LAVADO DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE AREAS DE QUEMADURAS ESCISIONAL

***** FECHA: 23.09.01-18:55:57 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROLD EDUARDO OLAYA MEDICO ANESTESIOLOGO: ARLEX MOSQUERA
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 15:30 / 16:00 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL VIA: 1 MEDICO: HAROLD EDUARDO OLAYA

No. DESCRIPCION: 16276
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: QUEMADURAS EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO G II III +-30 X 15 CMTS.

DESCRIPCION:

54

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

1. ASEPSIA ANTISEPSIA
2. CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES
3. LAVADO CON SSN +ISODINE DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS
4. DESBRIDAMIENTO DE LA QUEMADURA OBSERVANDO QUEMADURA G II III EN LA ZONA ANERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
5. COBERTURA CON GASA VASELINADAS + ALGODÓN LAMINADO + ELASTICOS ESTERILES.

NO COMPLICACIONES

*** FECHA: 23.09.01-18:59:19 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
NOTA OPERATORIA
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS EN REGION ANTENRIO DEL MUSLO IZQUIERDO G II III +-30 X 15 CM

CIRUJANO: HAROLD OLAYA - MARIO SAAVEDRA
ANESTESIOLOGO: DR ARLEX MOSQUERA
ANESTESIA: GENERAL
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO

NO COMPLICACIONES
PLAN:
1. SE HOSPITALIZA POR QUE LAS ZONAS DE QUEMADURAS G III
2. CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
3. CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS + VENDEJ DE ALGODNON + ELSATICOAS CADA 3 DIAS POR ENFERMERIA

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-18:58:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.01-20:29:14 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
REMITIDO DE SALAS DE CX

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, NO FOCALIZADO

53

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 01/09/2023 CON POSTERIOR TRAUMA EN CADERA Y FEMUR IZQUIERDO ASOCIADO A QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO, VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DA DE ALTA Y SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA, QUIENES INDICAN REQUIERE LAVADO + DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO, CONSIDERAN DEBE CONTINUAR VIGILANCIA DE HERIDA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 126/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EVOLUCION:
INGRESO HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

S: ESTOY BIEN, NIEGA DOLOR, NO ME HE TOMADO LAS PASTILLA DE LA TENSION Y EL CORAZON
O:
TA/145/80; FC/70 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 37 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO OPOR CX PLASTICA. SE SUSPENDE TRAMADOL POR EFECTOS SECUNDARIO (MAREO, NAUSEAS).

** CONDUCTA:
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- NO MOJAR VENDAJE
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA
- 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 IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, 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

*** FECHA: 23.09.02-01:06:20 MEDICO: / (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:

51

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA.

**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 IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, 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

***** FECHA: 23.09.02-06:18:32 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

S: DOLOR MODULADO, NIEGA PICOS FEBRILES
O:
TA/125/65; FC/71 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 37 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA.

***** FECHA: 23.09.02-10:56:33 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
1. POLITRAUMATISMO EN ACCINDETE DE MOTOCICLETA

50

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

2. QUEMADURAS GII Y II EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 1ER DIA DE DESBRIDAMEINTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFEIRE ESTAR BIEN
ALERTA,A FEBRUIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APREIA ARA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SINGOS DEINFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA
NO SINGOS DE INFECCION SISTEMICA
RETO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMTROS NORMALES
A: PACEINTE 1ER DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO
PLAN: CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN 2 DIAS POR ENFERMERIA

***** FECHA: 23.09.02-14:45:27 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA DE EVOLUCION .

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, SV: TA 110/64 FC: 70 LPM FR: 20 RPM SAT: 97% CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA, SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO

***** FECHA: 23.09.02-22:02:39 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO
2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

PACIENTE CON MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 140/80 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

49

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO DEL POP, POR CIRUGIA PLASTICA CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 23.09.02-23:41:49 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: 23.09.03-06:11:52 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO
2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

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 130/90 FR: 18 T: 36.7 FC: 78 SATO2: 96%
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. MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES, 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 CIRUGIA PLASTICA, CONSOLIDANDO MANJO, 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.

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, CADA: 8 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 HIPOSODICA.
- CONTINUAR TRATAMIENTO DE PATOLOGIAS CRONICAS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DECIRUGIA PLASTICA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

***** FECHA: 23.09.03-07:28:01 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

97

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

SUBJETIVO

EL PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, CON DIURESIS POSITIVA EXPONTANEA SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS DEPOSICIONES POSTIVAS SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS REFERIDOS POR EL PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE TA 130/90 FR: 18 T: 36.7 FC: 78 SATO2: 96%

CABEZA //normocefalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.

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

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

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 o megalias

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

PELVIS // estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

DORSO Y EXTREMIDADES /// Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

PIEL Y FANELAS /// Sin lesiones.

ANALISIS
PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES,CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
****

46

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.03-14:23:59 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
EVOLUCION :
1. POLITRAUMATISMO EN ACCINDETE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y II EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 2do DIA DE DESBRIDAMEINTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFEIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 72X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APREIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SINGOS DEINFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACEINTE 2DO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO EN EVOLUCION ADECUADA PERO CON QUEMADURA GIII
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN 1 DIAS POR ENFERMERIA MARTES EN LA MAÑANA

*** FECHA: 23.09.03-15:22:50 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
NOTA DE EVOLUCION .

PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, SV: TA 134/68 FC: 78 LPM FR: 19 RPM SAT: 97% T 36.1°C CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO

*** FECHA: 23.09.03-20:24:58 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

45

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

S: DOLOR MODULADO, NIEGA PICOS FEBRILES
O:
TA/120/60; FC/70 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 36.5 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA Y CURACIONES.

***** FECHA: 23.09.04-05:45:31 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

S: ME SIENTO BIEN, NIEGA PICOS FEBRILES
O:
TA/130/65; FC/72 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 36.5 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

94

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA Y CURACIONES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, 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: 23.09.04-08:18:30 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR MEJOR, CON MENOR DOLOR. TOLERA DIETA, NO FIEBRE.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 142/85 MMHG; FC: 90 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 99%; T: 36.3 °C
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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO.

43

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNSOTICOS ANOTADOS, RECIBEINDO MANEJO ANALGESICO Y ANTBIOTICO INTRAHOSPITALARIO DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION SE MANTIENE TRATAMIENTO. PENDIENTE CURACION MAÑANA

*** FECHA: 23.09.04-12:41:43 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
EVOLUCION :
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 3ER DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFEIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES ALGOP DE ARDOR EN LA REGION INGUINAL
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 3ER DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO EN EVOLUCION ADECUADA PERO CON QUEMADURA GIII EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE INFECCION
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

*** FECHA: 23.09.04-18:25:07 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.09.04-19:44:09 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 3ER DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL

42

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON DX DESCRITOS ACTUALMENTE ESTABLE CON MODULACION DEL DOLOR. SIGNOS VITALES EN METAS SIN SIGNOS DE BAJO GASTO NO DISNEA. QUIEN SE DECIDE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO POR ESPECIALIDAD TRATANTE. SE EXPLICA PROCEDER A PACIENTE QUIEN REFIER ENTENDER

PLAN
CONTINUAR MANEJO

***** FECHA: 23.09.04-23:51:16 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA DE EVOLUCION .

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, SV: TA 120/70 FC: 80 LPM FR: 20 RPM SAT: 98% CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
IGUAL MANEJO

***** FECHA: 23.09.05-06:24:21 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR MEJOR, CON MENOR DOLOR. TOLERA DIETA, NO FIEBRE.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 132/80 MMHG; FC: 70 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 99%; T: 36.0 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.

41

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

A/ PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS ACTUALMENTE ESTABLE, CON MODULACION DEL DOLOR QUIEN SE DECIDE CONTINAUR MANEJO BAJO SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA. SE AGUARDA A MEJORIA.

PLAN
CONTINUAR MANEJO
PENDIENTE CURACION POR ENFERMERIA.

** CONDUCTA:
CONTINUAR MANEJO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, CADA: 8 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: 23.09.05-08:49:57 MEDICO: / (JEFE ENF. MFA - MARYURY FAJARDO ALARCON - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***
.....> Registrado en historia de: PROCAMBU

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 07:00 / 07:45 DURACION: 00:45

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARYURY FAJARDO ALARCON

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP 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 Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE, BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y TECNICA ESTERIL SE REALIZA CURACION DE QUEMADURA EN PIERNA REGION ANTERIOR DE MUSLO IZQUIERDO DE 30CM * 15 CM, SE OBSERVA TEJIDO DE ESFACELO EN UN 40% BORDES CON BUENA GRANULACION, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCION SALINA 500CC SE SECA CON GASA, SE APLICA VASILINA CON COMPRESAS ESTERILES IMPREGNADAS SE CUBRE CON ALGODON LAMINADO MAS VENDAJE ELASTICO . TERMINA PROCEDIMIENTO SIN

40

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

COMPLICACION.

*** FECHA: 23.09.05-11:01:08 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 4TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES HOY REALIZARON CURACION
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 72X FR 18 X TA 110/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. SE OBSERVO EN LA CURACION QUE LA ZONA DE QUEMADURA SE HA RECUPERADO Y DISMINUYO LA PROFUNDIZACION DE LA QUEMADURA. NO HAY SIGNOS DE INFECCION
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 4TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SINSIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN EL SABADO EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

*** FECHA: 23.09.05-18:28:09 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.09.06-06:05:00 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - 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.

39

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJÒ CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR MEJOR, CON MENOR DOLOR. TOLERA DIETA, NO FIEBRE.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 122/70 MMHG; FC: 70 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 99%; T: 36.1 °C
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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

A/ PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS ACTUALMENTE ESTABLE, CON MODULACION DEL DOLOR . QUIEN EL DIA DE AYER SE REALIZA CURACION EVIDENCIANDO ZONAS DE NECROSIS A ESPERA DE CONCEPTO DE CIRUGIA PLASTICA PARA DETERMINAR CONDUCTAS. SE DECIDE CONTINAUR MANEJO BAJO SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA. SE AGUARDA A MEJORIA.

PLAN
CONTINUAR MANEJO

** CONDUCTA:
CONTINUAR MANEJO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

38

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.06-10:38:11 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: "ME SIENTO BIEN, A VECES ME ARDE LA PIERNA"
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 111/63 MMHG; FC: 56 LPM; FR: 20 RPM; SPO2: 99%; T: 36.1 °C
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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CLINCIAMENTE ESTABLE, MANEJO MEDICO POR QUEMADURA EN MUSLO, EVOLUCION TENDIENTE A LA MEJORIA A ESPERA DE NUEVA CURACION PROGRAMADA PARA EL 09/09/2023

PLAN: MANTENER MANEJO

*** FECHA: 23.09.06-18:22:15 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

37

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.09.06-20:22:30 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 5TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES REFIERE QUE SE LE HA MOVIDO EL VENDAJE
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS LIGERAMENTE DESPLAZADO DE LA REFION SUPERIOR SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 5TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EL SABADO EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

***** FECHA: 23.09.06-20:42:24 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 PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE 1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM EN POSTOPERATORIO DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23). REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA. AL EXAMEN FISICO EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS VASELINADOS SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO.

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION.

*** FECHA: 23.09.07-06:06:27 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 PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

S:/ REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A: 119/74 MM HG, FC:53 X min FR: 17 X min SaO2: 96%, T°: 36.1°C

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, 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, MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS VASELINADOS SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO.

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 HOSPITALIZACION.

P:/ SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS

35

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA A8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUIAR 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 CIRUGIA PLASTICA

***** FECHA: 23.09.07-07:24:47 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
NOTA ACLARATORIA: EL TRAMAL NO ESTA INDICADO PARA EL PACIENTE

***** FECHA: 23.09.07-11:24:01 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: 130/70 FR: 18 T: 36.7, P: 81 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 POR CIRUGIA PLASTICA CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

34

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.07-14:12:26 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 6TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES ME HAN ECONSTRASDO LA TENSION BIEN
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 6TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EL SABADO EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

*** FECHA: 23.09.07-18:09:31 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.09.07-22:22:12 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

33

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

ANALISIS
PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES,CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA

***** FECHA: 23.09.08-06:11:24 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

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.

32

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:

1.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO (/ / 2022)

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA

SUBJETIVO

EL PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, CON DIURESIS POSITIVA EXPONTANEA SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS DEPOSICIONES POSTIVAS SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS REFERIDOS POR EL PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE FC 50LPM, FR 17RPM, TA 111/66 MMHG SAT 98% TEMP 36.1°

CABEZA //normocefalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.

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

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

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 o megalias

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

PELVIS // estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

DORSO Y EXTREMIDADES /// Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

PIEL Y FANELAS /// Sin lesiones.

31

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANALISIS
PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES,CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
****

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 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
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.08-09:38:38 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE EPISODIOS DE DOLOR EN LA PIERNA, NO HA PRESENTADO OTROS SINTOMAS.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 118/68 MMHG; FC: 56 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 97%; T: 35.0°C
CABEZA: NORMOCEFALO

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CLINCIAMENTE ESTABLE, SE MANTIENE MANEJO, YA CONSOLIDANDO TERAPIA ANTIBIOTICA.

***** FECHA: 23.09.08-11:09:28 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 7TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 70X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. SE APRECIA VENAS VARICES
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 7TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO
SE DEJA ENOXAPARINA 40 MG CADA DIA COMO PROFILAXIS

***** FECHA: 23.09.08-11:16:12 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:
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 MG SC, DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA

***** FECHA: 23.09.08-16:51:54 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

29

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.09.08-22:20:44 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO, (01/09/23).

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

PACIENTE CON 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: 36.8, P: 77 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 POR CIRUGIA PLASTICA CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 23.09.08-23:44:21 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: 23.09.09-06:24:43 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

28

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO
2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

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 145/83 FR: 18 T: 36.7 FC: 56 SATO2: 98%
NORMOCEFALO HIDRATADO, CUELLO MOVIL, CARDIO - CEREBRO - PULMONAR Y ABDOMEN SIN ALTERACION PELVIS ESTABLE DIURESIS PRESENTE EXPONTANEA. EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES, 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 CIRUGIA PLASTICA, CONSOLIDANDO MANJO, 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:
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP SUBC CADA 24 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA
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: 6, CADA: 8 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 HIPOSODICA.
- CONTINUAR TRATAMIENTO DE PATOLOGIAS CRONICAS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DECIRUGIA PLASTICA.

24

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

***** FECHA: 23.09.09-10:21:20 MEDICO: / (JEFE ENF. CRS - SINDY LORENA CAVIEDES RAMIREZ - C.C. 1117535189 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:00 / 08:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: SINDY LORENA CAVIEDES RAMIREZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

08:00H// USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CON UN DIAGNOSTICO DE QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM, CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP 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 Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA CURACION EN TOBILLO Y PIE DERECHO SE OBSERVA QUEMADURA DE 30 X 15CM, SIN SECRECIOÓN PURULENTA, CON PREVIA TECNICA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA LIMPIEZA CON 500CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE CUBRE CON COMPRESAS ESTERILES IMPREGNADAS EN VASELINA + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO + ESPADRAPO . SIN NUNGUINA COMPLICACION ALGUNA SE TERMINA PROCEDIMIENTO .

***** FECHA: 23.09.09-14:57:30 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 8TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. SE APRECIA VENAS VARICES HOY REALIZARO NUEVA CURACION OBSERVANDO EVOLCUION HACIA LA RESOLUCION DE LA QUEMADURA PERO TODAVIA TIEE ZONA DE ESCARA POR ELIMINAR
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

26

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

A: PACIENTE 8TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE SE LE RALIZO NUEVA CURACION HOY DOND SE OBSERVA QUE VA ELININADO LAS ZONAS DE FORMACION DE ESCARA CON LAS CURACIONES CON COMPRESAS VASELINADAS NO REQUIERE DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE PUEDE CONTINUAR CURACIONES CON COMPRESAS VASELINADAS + VENDAJES DE ALGODON + ELASTICOS CADA 4 DIAS EN I NIVEL EN HOBO Y CONTROL POR COSNULTA EXTERNA EN 15 DIAS

PLAN:

1. SALIDA CON RECOMENDACIONES SEÑALES DE ALERTA SOBRE INFECCION PARA QUE ASISTA POR URGENCIAS
2. NAPROXENO 250 MG TAB # 15 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS
3. CURACION CADA 4 DIAS CON COMPRESAS VASELINADAS BIEN IMPREGANDAS + VENDAJE DE ALGODON + ELASTICOS ESTERILES EN I NIVEL EN HOBO O POR URGENCIAS DE LA CLINICA
4. FAVOR SACAR CITA EN 8 DIAS POR CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA PLASTICA
5. INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS HASTA EL 01/09/2023 HASTA 30/09/2023

***** FECHA: 23.09.09-16:00:54 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:

PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA QUIEN EVIDENCIA EVOLUCCION FAVOLABLE POR LO CUAL DECIE SEGUIMIENTO AMBULATORIO, AHORA PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 135/75 FC: 72 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** CONDUCTA:

SALIDA CON:

** MEDICAMENTOS:

MANEJO AMBULATORIO:

1- ACETAMINOFEN TAB DE 500 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.: TOTAL 30.
2- SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFEN/CODEINA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DIAS. TOTAL 30 TAB.

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 8 DÍAS CON CIRUGIA PLASTICA, CON DOCTOR: HAROLD OLAYA.
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: 7.

1) CURACIONES CON COMPRESAS VASELINADAS BIEN IMPREGANDAS MAS VENDAJES DE ALGODON Y ELASTICOS CADA 4 DIAS (EN ESTE CENTRO O EN I NIVEL EN HOBO). TOTAL 2
2) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA

25

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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.

3) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
4) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
5) NO MOJAR CURRACION, RECONSULTAR SI HUELE FEO FECTIDO ASOCIADO A LOS SINTOMAS INFLAMATORIOS.
6) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
7) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

***** FECHA: 23.09.09-16:01:39 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.09-16:01:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

***** FECHA: 23.09.13-14:15:42 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: 10:26 / 10:40 DURACION: 00:13

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:25H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON AYÙDA DE MULETAS CON ORDEN DE CURACION CADA 4 DIAS

10:26H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON 500CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA SE DEJA VANDAJE DE ALGODON Y ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

10:40H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON AYUDA DE MULETAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

24

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.22-08:39:22 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONTROL POP RELATA MUCHO DOLOR

ENFERMEDAD ACTUAL

PTE RELATA HABER SUFRIDO QUEMADURA POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN MUSLO IZQUIERDO, TENER DOLOR ARDOR Y MAL ESTAR GENERAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
CURACION EN MUSLO IZQUIERDO

** SIGNOS VITALES:
TA: 135/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 165 PESO: 65 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
NEURO CUELLO CARDIOPÚLMONAR Y ABDOMEN DENTRO DE LO ESPERADO.
QUEMADURA CON COSTRA EN CARA ANTERIOR DE MUSLO IZQUIERDO COSTRA Y ESCARA HUMEDA MAS FIBRINA Y ESFACELOS HUMEDOS EN LA QUEMADURA, ERITEMA PERILESIONAL.

** EVOLUCION:
PTE REFIER HABER SUFRIDO QUEMADURA EN ACCIDENTE DE TRANSITO QUE PRODUJO UNA QUEMADURA, FUE OPERADO TRATADO PERO HOY MENCIONA ESTAR MUY SINTOMATICO, AL EXAMEN SE EVIDENCIA QUEMADURA EN EVOLUCION AUN, SE INDICA NUEVO TRATAMIENTO QUIRURGICO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
INDICO CIRUGIA DE URGENCIA HOY

** ORDENES Qx:

INDICO CIRUGIA:

LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE AREA QUEMADA EN MUSLO IZQUIERDO DE HASTA 10 % SCQ
TRATAMIENTO DE QUEMADURA AREA GENERAL DE HASTA 10 % SCQ
CURACION ESPECIAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN QUEMADO

ANESTESIA GENERAL

*** FECHA: 23.09.22-08:50:55 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)*

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

23

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.22-08:50:55 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T242 - QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO		
RELACIONADO 1: T302 - QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO		
RELACIONADO 2: S700 - CONTUSION DE LA CADERA		

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. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

DR@. RACHID GORRON MALOOF
REG. MED: 0145/00

72

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16276

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -165863 Fecha 01/09/23

Nombre Paciente: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO 4913379 Edad: 58 Sexo: M

Hora inicio 15:30 Hora fin: 16:00 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HEO- HAROLD EDUARDO OLAYA Ayudante: MSO- MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

Anestesi¾logoMAM- ARLEX MOSQUERA InstrumentacionPAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. S701-CONTUSION DEL MUSLO	1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
2. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA	2. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
3. T243-QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	3. T243-QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA	4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
15102	DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	HEO	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS: QUEMADURAS EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO G II III +-30 X 15 CMTS.

DESCRIPCION:

1. ASEPSIA ANTISEPSIA
2. CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES
3. LAVADO CON SSN +ISODINE DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS
4. DESBRIDAMIENTO DE LA QUEMADURA OBSERVANDO QUEMADURA G II III EN LA ZONA ANERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
5. COBERTURA CON GASA VASELINADAS + ALGODÓN LAMINADO + ELASTICOS ESTERILES.

NO COMPLICACIONES

AnatomÝa Patol¾gia:
NO
Complicaci¾n:
Descripci¾n de la complicaci¾n
NO
Rayos X Intraoperatorios
NO
Intensificador de Imagen
NO

DR. HAROLD E. OLAYA M.
CIRUGIA PLASTICA
UNIVERSIDAD NACIONAL
C.C 79.443.631 R.M 25267/1994

CIRUJANO

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4913379

ADMISION N_: 165863

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **Num. Id-:** CC 4913379
FECHA NACIMIENTO: 1964.12.20 **EDAD:** 58 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.09.01 **HORA DE INGRESO:** 18:50:39 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.01 18:50
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3177733383
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.01

<< REGISTRO: 18:50:39 >> (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 09 / DETECCION DE ENFERMEDAD
TIPO DE CONSULTA: CIE VLORACION X ESPCIALISTA (INTR) **TIPO DIAG:** NUEVO

MOTIVO CONSULTA

POLITRAUMATISMO EN ACCIDENE DE MOTOCICLETA

REVISION POR SISTEMA

DOLRO EN DIFERENTE PARTES DEL CUERPO SECUNDARIO A TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

ANTECEDENTES

--><<2023.09.01-11:40:09>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 165844

* Patologicos: HTA, INSUFINCIENCIA CARDIACA Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2023.09.01-15:58:31>>, (DR(A). MAM - ARLEX MOSQUERA - C.C. 7726359 - REG. MEDICO: 490/2006 - ANESTESIA) V.PREANES: 165863

PATOLOGICOS: HTA

CARDIOVASCULARES: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

PULMONARES: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

ANESTESICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: LOSARTAN-ATORVASTATINA-ASA

TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

OTROS: NIEGA

--><<2023.09.01-20:29:14>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 165867
PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO
QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA
TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

20

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4913379

ADMISION N_: 165863

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **Num. Id-:** CC 4913379

FECHA NACIMIENTO: 1964.12.20 **EDAD:** 58 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.01 **HORA DE INGRESO:** 18:50:39 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.01 18:50

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3177733383

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

<< REGISTRO: 18:50:39 >> (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)

09 / DETECCION DE ENFERMEDAD

NUEVO

--><<2023.09.22-08:39:22>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.ME: 167121
ANOTADOS

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 130/70 **FC:** 80 **FR:** 18 **Tmp:** 36 **PESO:** 66 **TALLA:** 165

EXAMEN FISICO

ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL GLASGOW 15/15
SE APRECIA HERIDA QUEMADURAS G II III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM
RESTO DE EXAMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
DOLOR EN DIFERENTEES SITIOS DEL CUERPO, PERO SOLO COMPATIBLES CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S701 CONTUSION DEL MUSLO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T302 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T243 QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
S700 CONTUSION DE LA CADERA

ANALISIS/PLAN

IDX:
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS G II III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PLAN:
PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA
LAVADO DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE AREAS DE QUEMADURAS ESCISIONAL

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-14:00:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4913379

ADMISION N_: 165863

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **Num. Id-:** CC 4913379
FECHA NACIMIENTO: 1964.12.20 **EDAD:** 58 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.09.01 **HORA DE INGRESO:** 18:50:39 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.01 18:50
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3177733383
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**
DIRECCION: _____
OBSERVACION

(Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA
FECHA DE EGRESO: 2023.09.01 **HORA DE EGRESO:** 14:00:26 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
ESTADO A LA SALIDA: VIVO

DR. HAROLD E. OLAYA M.
CIRUGIA PLASTICA
UNIVERSIDAD NACIONAL
C.C 79.443.631 R.M 252677/96

Dr. HAROLD EDUARDO OLAYA
Registro Medico: 252677

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_ : 165863 - 10000

NOMBRE:	MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO		C.C. -TI-RC-OTRO	4913379	
EDAD:	58 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1964.12.20	SEXO:	M
DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02			TELEFONO:	3177733383
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2023.09.01

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.09.01-11:40:09>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 165844

* Patologicos: HTA, INSUFINCIENCIA CARDIACA Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2023.09.01-15:58:31>>, (DR(A). MAM - ARLEX MOSQUERA - C.C. 7726359 - REG. MEDICO: 490/2006 - ANESTESIA) V.PREANES: 165863

PATOLOGICOS: HTA

CARDIOVASCULARES: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

PULMONARES: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

ANESTESICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: LOSARTAN-ATORVASTATINA-ASA

TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

OTROS: NIEGA

--->><<2023.09.01-20:29:14>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 165867

PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA

FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

--->><<2023.09.22-08:39:22>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) H.ME: 167121

ANOTADOS

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 165863 - 10000

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO C.C. -TI-RC-OTRO 4913379
EDAD: 58 A FECHA DE NACIMIENTO: 1964.12.20 SEXO: M
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 TELEFONO: 3177733383
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

EXAMEN FISICO:
PA: 134/68 **FC:** 72 **FR:** 19 **PESO:** **TEMPERATURA:**
CABEZA:

ORL: Mallampaty:
MALLAMPATTI 2
AO>4
DTM>6
DEM>13
CUELLO MÓVIL
CUELLO:

CARDIOVASCULAR:
CORAZÓN RITMICO SIN SOPLOS
PULMONAR:
MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS
ABDOMEN:

EXTREMIDADES:

OTROS:

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:
Hto: **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**
INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**
P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T242
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE
PLAN:
ASA 2
CLASE FUNCIONAL 1
RIESGO QUIRURGICO BAJO

PROGRAMAR PROCEDIMIENTO
ANESTESIA GENERAL
OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

DEST SALIDA: ESTADO SALIDA: FECHA: . . HORA:

12/3/16

FIRMA: RM: 490/2006

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Montealegre	Angel	Luis Alfredo	491387

FECHA	EDAD	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
1 9 23	58 A	H ☒ M ☐	1,65	66	(1) 2 3 4 5 U
Día Mes Año Hora	Años Meses Días				

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	ANESTESIAS PREVIAS
Cx			No

B - EVALUACION PREANESTESIA

TEM	F.R.	F.C.	T/A	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Hernia Inguinal

OPERACION PROPUESTA Hernioplastia

HISTORIA Y ANTECEDENTES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

(Comodo) ↓ HTA Abierta Enalapril Amlodipino

↓ NO

↓ Viste

ESPECIFICO

FACILIDAD				VIA AEREA
INT	SI ☒	NO ☐		Nasofaringeo 2 DIENTES Ausentes DMX CUELLO TEMX13
IOT	SI ☐	NO ☒		

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO

RESERVE	ACEPTA	RECHAZA	TIPO	RESUMEN Y PLAN	ESTADO PSICOLOGO
			BLOQUEO	ASA I	
	X		PERIDURAL	Cx de rutina	
			ESPINAL	Rx Bajo Riesgo anestesico	
			GENERAL		
			NECESITA SANGRE	NO C.C.	PREMEDICACION NO

FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION

REPARACION E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA 15:30

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA Negativa

REFLEJOS Positivos

MOTILIDAD Positiva

RECUPERACION OK

CONCIENCIA OK

DIURESIS OK

SENSIBILIDAD OK

PIEL Rosa hidratada

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

COMENTARIOS

Ingresa vivo a sala de recuperacion bajo anestesia General sin complicaciones

TOTALES			
1	2	3	
4	5	6	
7	8	9	
10	11	12	

HORA SALIDA Y MOTIVO Mejor

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION:

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

DIAG PREOPERATORIO Quemadura Mayor 12% 2do

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION Desbridamiento

ANESTESIOLOGOS Marquez CIRUJANOS Olaya / Lucena

TIEMPO DE AYUNO — LIQUIDO 8h — SOLIDO 8h

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL / ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA ____ EPIDURAL ____ ESPINAL ____ ESPACIO ____ NIVEL ____ AGUA

POSICION — Supino

REPARACION E

CCSC — Sol

CSA — Sol

CCC — S.C 98 — 98

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 70 50 30 10

Sale paciente hospitalizado a recuperación

I OT No. 8
I NT No.
E OT No.
E NT No.

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC. FEM.

PVC XXX

T°

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES: Ketrax 50mg; Dipirona 1g; Diclofenac 75mg

1 Lidocaina 50mg

2

3

4

5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C.

C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO Desplazamiento

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO Desplazamiento

OBSERVACIONES:

No complicaciones

FIRMA Y CODIGO

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

NEIVA,22-Sep-2023 10:45:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.0 10:33
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 58 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
4913379	MONTEALEGRE ANGEL LUIS	1 NIVEL I	HOBO	CARRERA 5 A N 2 A 02	3177733383

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.01	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.09.01	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	30.00
2023.09.01	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	3.00
2023.09.01	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	30.00
2023.09.01	VIT	DIPIRONA	DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML	MVT	2.00
2023.09.01	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	15.00
2023.09.01	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	5.00
2023.09.01	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.09.01	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	MVT	1.00
2023.09.01	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO ADULTO	MVT	1.00
2023.09.01	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2023.09.01	KR	MASCARA	MASCARA LARINGEA NO. 4 DESECHABLE	MVT	1.00
2023.09.01	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	200.00
2023.09.01	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	200.00
2023.09.01	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.01	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.01	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	MVT	1.00
2023.09.01	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	MVT	2.00
2023.09.01	QU	VASELINA	VASELINA X 1 LIBRA FRASCO	MVT	1.00
2023.09.01	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.09.01	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MVT	4.00
2023.09.01	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	MVT	1.00
2023.09.01	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.09.01	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.09.01	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.09.01	MDP	GUANTE 8	GUANTE ESTERIL 8 .0	MVT	2.00
2023.09.01	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	MVT	2.00

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **Nº POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : viernes, 1 de septiembre de 2023						
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	DANI	
				TOTAL SUMINISTRADO:	12.00	
FECHA DEL CONTROL : sábado, 2 de septiembre de 2023						
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
10:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	VACI	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		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	1.00		DIA	VACI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	DANI	
				TOTAL SUMINISTRADO:	34.00	
FECHA DEL CONTROL : domingo, 3 de septiembre de 2023						
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	MFA	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **Nº POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA	
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
10:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	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	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	VAC1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
22:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	VAC1	

TOTAL SUMINISTRADO: 34.00

FECHA DEL CONTROL : lunes, 4 de septiembre de 2023

04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DAN1
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DAN1
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		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	1.00		DIA	MFA
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI

TOTAL SUMINISTRADO: 31.00

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **N° POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 5 de septiembre de 2023						
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VAC1	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VAC1	
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		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	1.00		DIA	MFA	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DAN1	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DAN1	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DAN1	

TOTAL SUMINISTRADO: 32.00

FECHA DEL CONTROL : miércoles, 6 de septiembre de 2023						
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VAC1	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VAC1	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DAN1	

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

N° SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **N° POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	DANI	

TOTAL SUMINISTRADO: 32.00

FECHA DEL CONTROL : jueves, 7 de septiembre de 2023

04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI
10:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	NRI
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	NRI
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	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
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	NRI
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	NRI
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	VACI
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	VACI
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI
22:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	VACI

TOTAL SUMINISTRADO: 33.00

FECHA DEL CONTROL : viernes, 8 de septiembre de 2023

04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	MFA

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **Nº POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		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	1.00		DIA	MFA	
12:00:00	ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML	1.00	SUBCUTANEA	DIA	MFA	
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	MFA	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
20:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
20:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	NRI	
22:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	NRI	
22:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	NRI	

TOTAL SUMINISTRADO: 36.00

FECHA DEL CONTROL : sábado, 9 de septiembre de 2023

04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MFA
04:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	2.00		NOCHE	MFA
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	MFA
04:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	MFA
10:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1
10:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	CRS1
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1
12:00:00	ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML	1.00	SUBCUTANEA	DIA	CRS1
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1
12:00:00	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	CRS1
12:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		DIA	CRS1
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	CRS1
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	CRS1

TOTAL SUMINISTRADO: 24.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 166581

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -166581 **Fecha** 2023/09/13

Nombre Paciente: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO - 4913379 **Edad:** 58 **Sexo:** M

Quien Realiza: BRC- BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
3. S701-CONTUSION DEL MUSLO
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	BRC	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:25H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON AYUDA DE MULETAS CON ORDEN DE CURACION CADA 4 DIAS

10:26H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON 500CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA SE DEJA VANDAJE DE ALGODON Y ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

10:40H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON AYUDA DE MULETAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

QUIEN REALIZA

FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,22-Sep-2023 10:47:2

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA

860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 43 CURACIONES

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.1 10:26

001 0 SOAT OTRO REGIMEN 58 Años **Fecha Egreso** :

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**

4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS 1 NIVEL I HOBO CARRERA 5 A N 2 A 02 3177733383

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.13	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	BRC	1.00
2023.09.13	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	BRC	6.00
2023.09.13	ZMQ	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES (PAQUETE X 5 U.I.)	BRC	1.00
2023.09.13	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	BRC	1.00
2023.09.13	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	BRC	1.00
2023.09.13	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	BRC	2.00
2023.09.13	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	BRC	1.00
2023.09.13	KE	BAJALENG	BAJALENGUAS	BRC	1.00

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202309010007 - 1

SIH-1/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 01 MES 09 AÑO 2023 Autorización: XXXXXXXXXXX
No. de Historia Clínica CC4913379
Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA Código 413490048401
Institución a la que se remite ---------- Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
LUIS ALFREDO	MONTEALEGRE	ANGEL	M F

Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 4913379
Dirección CARRERA 5 A # 2A-03 KENNEDY Teléfono 3177733383 Edad 58 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural ___
Lugar y Fecha de Nacimiento - 20/12/1964
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo Subsidiado Vinculado SOAT Particular Otro
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso: D 01 M 09 A 2023
Fecha de Egreso: D 01 M 09 A 2023

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	CIRUGIA	CIRUGIA

Motivo de Remisión

Nivel de Competencia X
No hay Recurso Humano
No hay Equipo
Petición Voluntaria
Otro

Médico que Remite

Nombre ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIGUEZ
Firma y Sello

Antonio Espinoza R.
MEDICO - UNIMILITAR
RM 8507987

C.C 8507987
Registro Médico 08-4608

CUADRO CLINICO DE +/- 20 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ALDEAMBULAR, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGLOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, ALGIDO, QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO, QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE INGRESA PARA MANEJO DEL DOLOR, DEL AREA AFECTADA Y COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA

Nivel de Competencia

Nivel que Remite	1	X	2		3		4	
Nivel al que se Remite	1	X	2		3		4	

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 08:31 Hora 08 Minutos 31

Nombre de la persona que solicita la Remisión

ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG.(MEDICINA)

Hora Confirmación 08:31 Hora 08 Minutos 31

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo

	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE MOTOR DE DOS O TRES RUEDAS;	V229
MOTOCICLISTA NO ESPECIFICADO, LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	T242
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	R520
DOLOR AGUDO	

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 1 HORA Y MEDIA DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLÑO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ALDEAMBULAR COMENTA QUE SE TRANSPORTABA EN MOTO DE PLACAS N° PHN68C MARCA YAMAHA MODELO 2013 EN CALIDAD DE PASAJERO Y PERDIERON EL EQUILIBRIO AL TROPEZAR CON UNA PIEDRA EN LA VIA NEIVA - GARZON KILOMETRO 60, ANTECEDENTES DE INTERES HTA EN MANEJO MEDICO, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA, SE REALIZO ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA AL INGRESO DE LA INSTITUCION SOBRE SINTOMAS DE COVID- 19, CONTACTO CON PACIENTE SOSPECHOS O CONFIRMADOS DE COVID- 19 Y LA REALIZACION DE VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS QUIEN ?NIEGA?

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
120/80	80	36.20	20	172.0	76.00	

Hallazgos del Examen Físico

SENSORIO: DOLOR EN EL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA TEGUMENTARIO: QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO ALGIDO **Cabeza:**Normal - **Cuello:**Normal - **Torax:**Normal - **Abdomen:**Normal - **G/U:**Normal - **Extremidades:**Anormal QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO - **Neurológico:**Normal - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal - **Boca:**Normal - **Ojos:**Normal - **Piel:**Anormal QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA CON APROXIMADAMENTE 5 % DE EXTENSION CORPORAL - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Anormal LIMITACION A LA DEAMBULACION

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

CUADRO CLINICO DE +/- 20 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLÑO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ALDEAMBULAR CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGLOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, ALGIDO, QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO, QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE INGRESA PARA MANEJO DEL DOLOR, DEL AREA AFECTADA Y COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA, LA VALORACION SE REALIZA SEGÚN LAS RECOMEDACIOENS DE LA OMS, CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA INFECCION POR SARS-COV-2/COVID 19 Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECION SOCIAL, CON EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECION PERSONAL SE ATIENDE CON MEIDDAS DE BIOSEGURIDAD (EPP), TAPABOCAS N95, CARETA, TRAJE ANTIFLUIDOS, MONOGAFAS, GUANTES, POLAINAS), SUMINISTRADO POR LA ESE, HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO - HUILA, TAMBIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE PARA EVITAR EL SARS-COV-2/COVID 19.

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE MOTOR DE DOS O TRES RUEDAS;	V229
MOTOCICLISTA NO ESPECIFICADO, LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	T242
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	R520
DOLOR AGUDO	

Observaciones o Sugerencias

1. COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA 2. LEV: HARTMAN 500 CC CC EN BOLO Y CONTINUAR A 60 CC / HORA 3. DIPIRONA 2 GR IV / AHORA DILUIDA Y PASAR LENTO 4. AMPICILINA 2 GR IV / AHORA DILUIDA Y PASAR LENTO 5. TOXOIDE TETANICO 1 AMP IM / AHORA 6. LIMPIAR AREA AFECTADA 7. VIGILAR ESTADO DEL DOLOR 8. CONTROL DE LIQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS 9. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Impreso por:

Mayerly Rojas

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	4913379
NOMBRES	LUIS ALFREDO
APELLIDOS	MONTEALEGRE ANGEL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	HOBO

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	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/22/2023 10:51:01	**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

3

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1004416159
NOMBRES	ROBERTO ANDRES
APELLIDOS	BERNAL SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2021	22/07/2023	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/22/2023 10:51:28	**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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

2

RUNT 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:	PHN68C		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10004070853	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	FZ16
MODELO:	2013	COLOR:	AZUL BLANCO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	45D3024458
NÚMERO DE CHASIS:	9FKKG0340D2024458	NÚMERO DE VIN:	9FKKG0340D2024458
CILINDRAJE:	153	TIPO DE CARROCERÍA:	TURISMO
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	22/08/2012
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOyTTE MCPAL PRADERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI
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
8087775500	26/09/2022	27/09/2022	26/09/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	VIGENTE
1408004142207000	10/09/2021	11/09/2021	10/09/2022	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
13907700007510	04/09/2020	06/09/2020	05/09/2021	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
8038248600	05/09/2019	06/09/2019	05/09/2020	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
8010405800	24/08/2018	25/08/2018	24/08/2019	120	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: 2024/01/26

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-FEC1-54638 fechada el dia 23.11.22 cuyo paciente es MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

HISTORIA No. 4913379

GLOSA No: ZGL-1-43113 **SINIESTRO:** 54638

Recibido! 29 de Enero del 2024 20240467

equidad seguros

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 39900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 39900.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, C ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el pre de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Me al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 131100.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 131100.00
DOCUMENTO ANEXO:

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;

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

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 2024/01/26

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-FEC1-54638 fechada el dia 23.11.22 cuyo paciente es MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

HISTORIA No. 4913379

GLOSA No: ZGL-1-43113 **SINIESTRO:** 54638

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000001-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	39900.00	

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	39900.00	

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE SE FACTURA DE ACUERDO A TARIFA INSTITUCIONAL PRECIO DEL MERCADO LOCAL, COMO SE ESTIPULA EN EL DECRETO 056/2015 CAPITULO 1, ARTICULO 10, "En caso de medicamentos suministrados por el prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces". POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

>> ITEM GLOSADO 2: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
NUEVA GLOSA	131100.00	

JUSTIFICACION:
106
MATERIALES

- ESTATUS ACTUAL:	VALOR OBJETADO:	DOCUMENTO ANEXO:
CONTESTADA 1 INSTANCIA	131100.00	

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;

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:
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 plasma, bolsas colectoras de fluídos 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. Asi 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.

>> ITEM GLOSADO 3: 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, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequírurgica 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: SO1-39139- 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, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequírurgica 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:	4,776,424.00
VALOR GLOSADO :	281200.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	281200.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

RECIBIDO 2 0 ENE 2024

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20228991	**No.**	179842	**Siniestro**	90721224	**No. Factura**	FEC154638				
Amparo	1	Gastos médicos		**Fecha siniestro**	01/09/2023	**Fecha aviso**	13/10/2023	**Fecha recepción**	27/12/2023		
Fecha formalización	27/12/2023	**Fecha liquidación**	17/01/2024	**Póliza**	808777550	**Vigencia**	27/09/2022	**hast**	26/09/2023		
Id tomador	12325443	**Nombre tomador**									
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA								
Id accidentado	4913379	**Nombre**	LUIS ALFREDO MONTEALEGRE ANGEL								
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA								
Diagnósticos	S701					**Ciuda**	NEIVA				

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	15102	DESBRIDAMIENTO POR LESIÓN SUPERFICIAL, MÁS DEL 5% ÁREA CORPORAL		100%	218,000	0	218,000
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05		100%	142,500	0	142,500
1	39207	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 05		100%	388,900	0	388,900
1	39302	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 04 - 05 - 06		100%	159,000	0	159,000
8	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	2,500,800	0	2,500,800
1	39137	CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 48 PARÁGRAFO 1 DECRETO 2423 DE 1996.	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	39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		100%	64,500	0	64,500
1	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	26,400	0	26,400
1	77702	INSUMOS	EE.NO SE RECONOCE ELECTRODOS $ 3000 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA EE. NO SE RECONOCE HUMIDIFICADOR $ 9500 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA EE. NO SE RECONOCE 1 CATETERT 20 $ 4800 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA EE. NO SE RECONOCE 1 MACRO $ 4800 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA: EE. NO SE RECONOCE 2 ALGODON 6X5 $ 9400 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA: EE. NO SE RECONOCE ELASTICA 6X5 $ 39900 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA EE. NO SE RECONOCE MASCARA DE OXIGENO $ 7000 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA: EE. NO SE RECONOCE MASCARA LARINGEA $ 48000 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5)		205,500	131,100	74,400

			INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA EE. NO SE RECONOCE ALGODON 6X5 $ 4700NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA:				
1	77701	MEDICAMENTOS	EE. NO SE RECONOCE 2 CLORURO DE 500 $ 9784 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA, EE. NO SE RECONOCE 2 CLORURO DE 100 $ 7516 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA:, , , EE. NO SE RECONOCE 2 CEFAZOLINA $ 22600 NO SE RECONOCEN DE ACUERDO CON (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5) INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA	100%	960,624	39,900	920,724

1001	**Cobrado**	**4,776,424**
1002	**Obj. Parcial**	**281,200**
1003	**Liquidado**	**4,495,224**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
YENNY.LOPEZ			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 ,2023.11.22	16:04:52	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54639

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 167198,167211,167316,167379,167467
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.09.22 - 20:10 | 2023.09.28 - 07:20

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO EDAD : 58 Años
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 HOBO TELEFONO: 3177733383
OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15161	TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15% (TRATAMIENTO TOTAL)	22-Sep-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Sep-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	22-Sep-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	22-Sep-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	22-Sep-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15102	DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	22-Sep-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Sep-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	312,600	625,200
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	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								26	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								6	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								19	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								12	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
903816	BAJALENGUAS								3	0	0
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								9	200	1,800
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	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 S
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
CODIGO DE COMERCIO
00.110181
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
una vigencia de: 12 Meses
Modalidad ELECTRONICA D
1000 AUTORIZA
Cufe: c98c4ec5eccbff85bc731cfb9c746e8b706d62190fd792
04b264c78b1e6
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
JJILLO Nit. 93.355.451 - 0
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta F
CA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
27 de Diciembre del 2023
20228992

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:13:27 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. FEC154639

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
c98c4ec5eccbff85bc731cfb9c746e8b706d62190fd79246ab4a9a8ad57c16ad54c7fe20164b9421393b4b264c78bfe6

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
3339308

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-22 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
a903f144aeb89d2cfc7965d88b55366b436ca9482046e9eb2682102b7dfba12cc7ec621f24b1a2b7572337237534cc4d

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 04:07:53.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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. FEC154639

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
c98c4ec5eccbff85bc731cfb9c746e8b706d62190fd79246ab4a9a8ad57c16ad54c7fe20164b9421393b4b264c78bfe6

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

CUDE:
0f5d97ab8e31f35b261fdf3558f0b6de114556c31680c2e887b28f0e25d431ea3ad8ee55e450a637af45084075e97943

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 09:13:41.000 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:
a331c783095b486567caf356128688faa7ef2f90e3bb8e73c27b95655bd7e794d1444d5ffbc4f1b22bcac1a52a4caec7

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-22 10:20:33.000 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

DIAN

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. FEC154639

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-22 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE:
c98c4ec5eccbff85bc731cfb9c746e8b706d62190fd79246ab4a9a8ad57c16ad54c7fe20164b9421393b4b264c78bfe6

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: 9/4/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | El emprendimiento es de todos | Minhacienda

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 ,2023.11.22	16:04:52	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54639

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 167198,167211,167316,167379,167467
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.09.22 - 20:10 | 2023.09.28 - 07:20

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: CC - 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO EDAD : 58 Años
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 HOBO TELEFONO: 3177733383

OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	1i Interv 100%										
15161	TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15% (TRATAMIENTO TOTAL)	22-Sep-2023	39006	1	08	100.0%	1-CIRUJANO	RGM	1	388,500	388,500
39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Sep-2023	39106	1	08	100.0%	2-ANESTESI	JHT	1	229,400	229,400
39119	GRUPO 08	22-Sep-2023	39119	1		100.0%	3-AYUDANT	CLF	1	101,800	101,800
39210	GRUPO 08	22-Sep-2023	39210	1		100.0%	4-DER.SALA	CLF	1	688,800	688,800
39303	GRUPOS 07 08 09	22-Sep-2023	39303	1		100.0%	5-MATERIAL	CLF	1	369,000	369,000
	2i+ Unic Via,=Ciruj										
15102	DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	22-Sep-2023	39003	3	05	50.00%	1-CIRUJANO	RGM	1	109,000	109,000
39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	22-Sep-2023	39103	3	05	50.00%	2-ANESTESI	JHT	1	71,300	71,300
ESTANCIAS											
38122	HABITACION BIPERSONAL		38122						2	312,600	625,200
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	0	0
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								26	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								2	0	0
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
	VENDA ALGODON 6X5								1	4,700	4,700
935100	VENDA ELASTICA 6X5								6	0	0
935100	VENDA ELASTICA 6X5								2	5,700	11,400
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								19	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								12	0	0
248800	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA								1	7,000	7,000
903816	BAJALENGUAS								3	0	0
248800	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5								1	12,000	12,000
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								1	0	0
011301	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2								9	200	1,800
010101	HOJA DE BISTURI # 15								1	0	0
010101	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT								1	0	0
066100	GUANTE ESTERIL NO. 7.5								3	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO								2	0	0
908606	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								4	500	2,000
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								2	0	0
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								3	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: c98c4ec5eccbff85bc731cfb9c746e8b706d62190fd79246ab4a9a8ad57c16ad54c7fe20164b9421393b4b264c78bfe6

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

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 ,2023.11.22	16:04:52	2023.12.22

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54639

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
015501	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2								9	600	5,400
	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED								11	0	0
	COMPRESAS ESTÉRILES (PAQUETE X 5 U.I.)								1	0	0
	VENDA ELASTICA DE 5X5								2	4,800	9,600
	GUANTE ESTERIL 6.5								1	0	0
	MASCARA LARINGEA NO. 4								1	48,000	48,000
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								7	0	0
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								9	4,892	44,028
19996775	ISODINE SOLUCION								230	0	0
20072004	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML								16	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								2	0	0
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								10	3,758	37,580
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								4	2,500	10,000
19908147	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML								4	0	0
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								230	0	0
24068-06	VASELINA X 1 LIBRA FRASCO								11	0	0
19908969	RIFOCINA1% SOLUCION TOPICA X 20 ML								2	0	0
10121-03	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG								6	15,000	90,000
20089724	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION								15	0	0
20089724	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA								35	0	0
220017-0	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP								12	17,500	210,000
19930890	CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA								2	0	0
19975402	SEVORANE 250 ML								35	0	0
LABORATORIOS											
19036	ALBUMINA	2023.09.23	903803						1	12,600	12,600
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	2023.09.23	902208						1	30,900	30,900
19816	PROTEINAS TOTALES, EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	2023.09.23	903863						1	12,600	12,600
OTROS											
39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	2023.09.22	890202		RGM				1	55,100	55,100
39139	CONSULTA PREANESTESICA	2023.09.22	890202		JHT				1	55,100	55,100
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.25	S22101		ADM				1	26,400	26,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.26	S22101		ADM				1	26,400	26,400
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2023.09.28	S22101		ADM				1	26,400	26,400

VALOR BRUTO:	3,339,308	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	3,339,308

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.22 04:07:53 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: c98c4ec5eccbff85bc731cfb9c746e8b706d62190fd79246ab4a9a8ad57c16ad54c7fe20164b9421393b4b264c78bfe6

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:	54639
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 3,027,808
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 311,500
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

Usuario NOLBER DANIEL HENAO BAHAMON

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: 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- 54639

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	2do.Apellido
MONTEALEGRE	ANGEL

1er.Nombre	2do.Nombre
LUIS	ALFREDO

Tipo de Documento: CC [X] CE PA TI RC AS MS PT

No. Documento: 4913379

De: 41349 Fecha de Nacimiento: 1964/12/20 Sexo: F [ ] M [X]

Direcci¾n: CARRERA 5 A N 2 A 02

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3177733383

Municipio: HOBO Cod. 349

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	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]		[ ]		[ ]	
	Otros [ ]	Cual?	Ataques a Municipios		Desplazados		

Direcci¾n de la Ocurrencia: KILOMETRO 60 + 100 VIA NEIVA GARZON

Fecha Evento/Accidente: 2023/09/1 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: HOBO Cod. 349 Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA PHN68C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO 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. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: YAMAHA Placa: PHN68C

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8087775500 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/09/27 Hasta: 2023/09/26

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
GONZALEZ	CHAMBO

1er.Nombre	2do.Nombre
JOSE	ANDREY

Documento de identidad: CC [X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 12325443

Direccion: CLL 4A N 4 39

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: 3003626001 Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

BERNAL	SANCHEZ
1er.Apellido	2do.Apellido
ROBERTO	ANDRES
1er.Nombre	2do.Nombre

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1004416159

Direcci¾n: CLL 4A N 4 39

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3003626001

Municipio: NEIVA **Cod.** 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/09/1 a las 08:31

Prestador que remite: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL **C¾digo de inscripci¾n:** 413490048401

Direccion: Carrera 9 No 5-41 **Telefono:** 8384053 HUILA-HOBO

Profesional que Remite: ANTONIO RAFAELO ESPINOZA RODRIGO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/09/1 a las 08:46

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/09/22 **a las** 20:10 **Fecha de Egreso:** 2023/09/28 **a las** 07:20

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Ingreso

T302 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S701 CONTUSION DEL MUSLO

Diagnostico relacionado de Egreso

T302 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL

JESUS	ANTONIO
1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY
1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3339308	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS — FECHA DE INGRESO: 2023.09.01 — HORA DE INGRESO: 10:33
SERVICIO DE EGRESO: 1-AMBULATORIA — FECHA DE EGRESO: 2023.09.28 — HORA DE EGRESO: 07:20
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRESUNTIVO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO1: T302 - QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
RELACIONADO2: T243 - QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.09.01-11:19:03 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 PHN68C, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO EN LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 10+30
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE HOBO- HUILA, 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: 126/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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>>

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL
<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN CADERA, MUSLO IZQ NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO PROFUNDO CON PRESENCIA DE FLICTENAS POR AGENTE TOXICO (ACIDO) EN CARA ANTERIOIR DE MUSLO IZQUIERDO, DE APROX 15 CM X 10 CM DE EXTENSION
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

SE SOLICITA, PT, PTT, HEMOGRAMA, CREATININA, BUN

** 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
- REALIZAR IRRIGACION CON AGUA AL CLIMA POR AL MENOS 30 MIN
- SS/ VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA Y ORTOPEDIA.
- 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

**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: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA A8 HORAS., 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

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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: 3, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

** DE LA EVOLUCION

***** FECHA: 23.09.01-12:14:13 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO NO TRAZOS DE FRACTURA, RELACIONES ARTICULARES PRESERVADAS

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

***** FECHA: 23.09.01-12:21:43 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA ******

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 11:28 / 11:38 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: LUISA MARIA MONJE ROJAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

11:18 HRS 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 MUSLO IZQUIERDO 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, SIN COMPLICACION ALGUNA.

***** FECHA: 23.09.01-13:59:39 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: 01/09/2023
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS. 9.98 %NEUTROFILOS: 74.8 % LINFOCITOS: 16.1 HEMOGLOBINA: 15.0 %HEMATOCRITO: 43.1 MCV: 90.0 MCH: 31.5 PLAQUETAS: 244.000 TIEMPOS: TP: 14.10 TPT: 35.50 INR: 0.94 CREATININA : 0.9 BUN: 15

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

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.01-14:38:31 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 MUSLO Y RODILLA IZQ ,
AL EXAMEN FISICO: MUSLO IZQ GRAN QUEMADURA EN CARA ANTERIOR DE MUSLO IZQ. DOLOR EN INTERLINEA MEDIAL DE RODILLA BUENA MOVILIDAD NO INESTABILIDAD . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: QUEMADURA MUSLO IZQ
PLAN: MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA

*** FECHA: 23.09.01-14:48:26 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE- TRANSITO CON DIAGNOSTICO CONOCIDO

SIGNOS VITALES: TA: 130/70 FC 82 FR 18 T 37 SATO2: 95%

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE , ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES ESTABLES, EN EL MOMENTO ES LLAMADO A SALAS DE CIRUGIA, POR LO CUAL SE DECIDE TRASLADO A ESTE SERVICIO, PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA YA DESCARTADO LESION POR TRAUMATOLOGIA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA

*** FECHA: 23.09.01-14:48:35 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: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-14:48:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.01-18:50:39 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

POLITRAUMATISMO EN ACCIDENE DE MOTOCICLETA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DOLRO EN DIFERENTE PARTES DÉL CUERPO SECUNDARIO A TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/70 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36 TALLA: 165 PESO: 66 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL GLASGOW 15/15
SE APRECIA HERIDA QUEMADURAS G II III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM
RESTO DE EXAMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
DOLOR EN DIFERENTEES SITIOS DEL CUERPO, PERO SOLO COMPATIBLES CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

** ANALISIS PLAN:
IDX:
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS G II III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
PLAN:
PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA
LAVADO DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE AREAS DE QUEMADURAS ESCISIONAL

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-14:00:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

***** FECHA: 23.09.01-18:51:05 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

MOTIVO DE LA ATENCION

POLITRAUMATISMO EN ACCIDENE DE MOTOCICLETA

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
DOLRO EN DIFERENTE PARTES DEL CUERPO SECUNDARIO A TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

** SIGNOS VITALES:
TA: 130/70 FC: 80 FR: 18 TEMP: 36 TALLA: 165 PESO: 66 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL GLASGOW 15/15
SE APRECIA HERIDA QUEMADURAS G II III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM
RESTO DE EXAMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
DOLOR EN DIFERENTEES SITIOS DEL CUERPO, PERO SOLO COMPATIBLES CON TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** EVOLUCION:
IDX:
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS G II III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
PLAN:
PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA
LAVADO DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE AREAS DE QUEMADURAS ESCISIONAL

***** FECHA: 23.09.01-18:52:05 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
IDX:
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS G II III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
PLAN:
PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA
LAVADO DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE AREAS DE QUEMADURAS ESCISIONAL

***** FECHA: 23.09.01-18:55:57 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: HAROLD EDUARDO OLAYA MEDICO ANESTESIOLOGO: ARLEX MOSQUERA
MEDICO AYUDANTE: MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 15:30 / 16:00 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL VIA: 1 MEDICO: HAROLD EDUARDO OLAYA

No. DESCRIPCION: 16276
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: QUEMADURAS EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO G II III +-30 X 15 CMTS.

DESCRIPCION:

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

1. ASEPSIA ANTISEPSIA
2. CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES
3. LAVADO CON SSN +ISODINE DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS
4. DESBRIDAMIENTO DE LA QUEMADURA OBSERVANDO QUEMADURA G II III EN LA ZONA ANERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
5. COBERTURA CON GASA VASELINADAS + ALGODÓN LAMINADO + ELASTICOS ESTERILES.

NO COMPLICACIONES

*** FECHA: 23.09.01-18:59:19 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
NOTA OPERATORIA
1. POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS EN REGION ANTENRIO DEL MUSLO IZQUIERDO G II III +-30 X 15 CM

CIRUJANO: HAROLD OLAYA - MARIO SAAVEDRA
ANESTESIOLOGO: DR ARLEX MOSQUERA
ANESTESIA: GENERAL
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO

NO COMPLICACIONES
PLAN:
1. SE HOSPITALIZA POR QUE LAS ZONAS DE QUEMADURAS G III
2. CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
3. CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS + VENDEJ DE ALGODNON + ELSATICOAS CADA 3 DIAS POR ENFERMERIA

** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.01-18:58:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.01-20:29:14 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)*

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

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
REMITIDO DE SALAS DE CX

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
ALERTA, NO FOCALIZADO

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 01/09/2023 CON POSTERIOR TRAUMA EN CADERA Y FEMUR IZQUIERDO ASOCIADO A QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO, VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DA DE ALTA Y SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA, QUIENES INDICAN REQUIERE LAVADO + DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO. CONSIDERAN DEBE CONTINUAR VIGILANCIA DE HERIDA.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 126/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS 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: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
SE EVIDENCIA QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
<<FANERAS>>
NORMAL.

** EVOLUCION:
INGRESO HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

S: ESTOY BIEN, NIEGA DOLOR, NO ME HE TOMADO LAS PASTILLA DE LA TENSION Y EL CORAZON
O:
TA/145/80; FC/70 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 37 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO OPOR CX PLASTICA. SE SUSPENDE TRAMADOL POR EFECTOS SECUNDARIO (MAREO, NAUSEAS).

** CONDUCTA:
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- NO MOJAR VENDAJE
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA
- 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 IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, 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

*** FECHA: 23.09.02-01:06:20 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:

78

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA.

**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 IV CADA HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 24 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, 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

***** FECHA: 23.09.02-06:18:32 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

S: DOLOR MODULADO, NIEGA PICOS FEBRILES
O:
TA/125/65; FC/71 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 37 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 3 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA.

***** FECHA: 23.09.02-10:56:33 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
1. POLITRAUMATISMO EN ACCINDETE DE MOTOCICLETA

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

2. QUEMADURAS GII Y II EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 1ER DIA DE DESBRIDAMEINTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFEIRE ESTAR BIEN
ALERTA,A FEBRUIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APREIA ARA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SINGOS DEINFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SINGOS DE INFECCION SISTEMICA
RETO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMTROS NORMALES
A: PACEINTE 1ER DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO
PLAN: CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN 2 DIAS POR ENFERMERIA

***** FECHA: 23.09.02-14:45:27 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
NOTA DE EVOLUCION .

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, SV: TA 110/64 FC: 70 LPM FR: 20 RPM SAT: 97% CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA, SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO

***** FECHA: 23.09.02-22:02:39 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO
2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

PACIENTE CON MANEJO CONOCIDO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE MEJOR TOLERANDO VÍA ORAL DOLOR CONTROLADO CON LA MEDICACIÓN, NIEGA FIEBRE. CON TA: 140/80 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

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO TEL: 3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+		

NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, HIDRATADO, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. EN SEGUIMIENTO DEL POP, POR CIRUGIA PLASTICA CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 23.09.02-23:41:49 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: 23.09.03-06:11:52 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO
2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

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 130/90 FR: 18 T: 36.7 FC: 78 SATO2: 96%
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. MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES, 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 CIRUGIA PLASTICA, CONSOLIDANDO MANJO, 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.

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, CADA: 8 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 HIPOSODICA.
- CONTINUAR TRATAMIENTO DE PATOLOGIAS CRONICAS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DECIRUGIA PLASTICA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

***** FECHA: 23.09.03-07:28:01 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

SUBJETIVO

EL PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, CON DIURESIS POSITIVA EXPONTANEA SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS DEPOSICIONES POSTIVAS SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS REFERIDOS POR EL PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE TA 130/90 FR: 18 T: 36.7 FC: 78 SATO2: 96%

CABEZA //normocefalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.

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

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

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 o megalias

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

PELVIS // estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

DORSO Y EXTREMIDADES /// Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES, SIN SANGRADO ACTIVO, NO OLOR FETIDO LLENADO CAPILAR 2" MOVILIDAD DISTAL ACEPTABLE.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

PIEL Y FANELAS /// Sin lesiones.

ANALISIS
PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES,CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
****

73

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.03-14:23:59 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION.
EVOLUCION :
1. POLITRAUMATISMO EN ACCINDETE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y II EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 2do DIA DE DESBRIDAMEINTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFEIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 72X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APREIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SINGOS DEINFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACEINTE 2DO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO EN EVOLUCION ADECUADA PERO CON QUEMADURA GIII
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN 1 DIAS POR ENFERMERIA MARTES EN LA MAÑANA

*** FECHA: 23.09.03-15:22:50 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
NOTA DE EVOLUCION .

PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, SV: TA 134/68 FC: 78 LPM FR: 19 RPM SAT: 97% T 36.1°C CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO

*** FECHA: 23.09.03-20:24:58 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)*

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

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

S: DOLOR MODULADO, NIEGA PICOS FEBRILES
O:
TA/120/60; FC/70 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 36.5 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA Y CURACIONES.

***** FECHA: 23.09.04-05:45:31 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

S: ME SIENTO BIEN, NIEGA PICOS FEBRILES
O:
TA/130/65; FC/72 XMIN FR/ 18 XMIN; T°/ 36.5 °C

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN IY
CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, QUEMADURA G II-III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM, BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL
ALERTA, NO FOCALIZADO

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANALISIS:
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA Y POSTQUIRURGICA, BUENA MODULACION DEL DOLOR, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, EXTREMIDAD CON BUENA FUNCION NEUROVASCULAR DISTAL, SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA Y CURACIONES.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, 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: 23.09.04-08:18:30 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR MEJOR, CON MENOR DOLOR. TOLERA DIETA, NO FIEBRE.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 142/85 MMHG; FC: 90 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 99%; T: 36.3 °C
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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO.

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNSOTICOS ANOTADOS, RECIBEINDO MANEJO ANALGESICO Y ANTBIOTICO INTRAHOSPITALARIO DADO COMPLEJIDAD DE LA LESION SE MANTIENE TRATAMIENTO. PENDIENTE CURACION MAÑANA

*** FECHA: 23.09.04-12:41:43 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
EVOLUCION :
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 3ER DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFEIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES ALGOP DE ARDOR EN LA REGION INGUINAL
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 3ER DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO EN EVOLUCION ADECUADA PERO CON QUEMADURA GIII EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE INFECCION
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

*** FECHA: 23.09.04-18:25:07 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.09.04-19:44:09 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 3ER DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL

69

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON DX DESCRITOS ACTUALMENTE ESTABLE CON MODULACION DEL DOLOR. SIGNOS VITALES EN METAS SIN SIGNOS DE BAJO GASTO NO DISNEA. QUIEN SE DECIDE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO POR ESPECIALIDAD TRATANTE. SE EXPLICA PROCEDER A PACIENTE QUIEN REFIER ENTENDER

PLAN
CONTINUAR MANEJO

***** FECHA: 23.09.04-23:51:16 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
NOTA DE EVOLUCION .

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES, SV: TA 120/70 FC: 80 LPM FR: 20 RPM SAT: 98% CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
IGUAL MANEJO

***** FECHA: 23.09.05-06:24:21 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR MEJOR, CON MENOR DOLOR. TOLERA DIETA, NO FIEBRE.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 132/80 MMHG; FC: 70 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 99%; T: 36.0 °C
CABEZA: NORMOCEFALO
CARA: MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ESCLERAS ANICTERICAS.
CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS.

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

TORAX: SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD DE CAJA TORACICA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

A/ PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS ACTUALMENTE ESTABLE, CON MODULACION DEL DOLOR QUIEN SE DECIDE CONTINAUR MANEJO BAJO SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA. SE AGUARDA A MEJORIA.

PLAN
CONTINUAR MANEJO
PENDIENTE CURACION POR ENFERMERIA.

** CONDUCTA:
CONTINUAR MANEJO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, CADA: 8 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: 23.09.05-08:49:57 MEDICO: / (JEFE ENF. MFA - MARYURY FAJARDO ALARCON - C.C. 0 - REG. MEDICO: - JEFE DE ENFERMERIA)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 07:00 / 07:45 DURACION: 00:45

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: MARYURY FAJARDO ALARCON

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP 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 Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE, BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y TECNICA ESTERIL SE REALIZA CURACION DE QUEMADURA EN PIERNA REGION ANTERIOR DE MUSLO IZQUIERDO DE 30CM * 15 CM, SE OBSERVA TEJIDO DE ESFACELO EN UN 40% BORDES CON BUENA GRANULACION, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCION SALINA 500CC SE SECA CON GASA, SE APLICA VASILINA CON COMPRESAS ESTERILES IMPREGNADAS SE CUBRE CON ALGODON LAMINADO MAS VENDAJE ELASTICO . TERMINA PROCEDIMIENTO SIN

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

COMPLICACION.

*** FECHA: 23.09.05-11:01:08 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 4TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES HOY REALIZARON CURACION
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 72X FR 18 X TA 110/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. SE OBSERVO EN LA CURACION QUE LA ZONA DE QUEMADURA SE HA RECUPERADO Y DISMINUYO LA PROFUNDIZACION DE LA QUEMADURA. NO HAY SIGNOS DE INFECCION
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 4TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCIIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSIITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SINSIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EN EL SABADO EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

*** FECHA: 23.09.05-18:28:09 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.09.06-06:05:00 MEDICO: / (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG. MEDICO: 1047454473 - 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.

66

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE ESTAR MEJOR, CON MENOR DOLOR. TOLERA DIETA, NO FIEBRE.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 122/70 MMHG; FC: 70 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 99%; T: 36.1 °C
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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

A/ PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS ACTUALMENTE ESTABLE, CON MODULACION DEL DOLOR . QUIEN EL DIA DE AYER SE REALIZA CURACION EVIDENCIANDO ZONAS DE NECROSIS A ESPERA DE CONCEPTO DE CIRUGIA PLASTICA PARA DETERMINAR CONDUCTAS. SE DECIDE CONTINAUR MANEJO BAJO SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA. SE AGUARDA A MEJORIA.

PLAN
CONTINUAR MANEJO

** CONDUCTA:
CONTINUAR MANEJO
**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: PARA DUILUIR MEDICAMENTOS

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

65

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 6, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 2 GR IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.06-10:38:11 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: "ME SIENTO BIEN, A VECES ME ARDE LA PIERNA"
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 111/63 MMHG; FC: 56 LPM; FR: 20 RPM; SPO2: 99%; T: 36.1 °C
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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CLINCIAMENTE ESTABLE, MANEJO MEDICO POR QUEMADURA EN MUSLO, EVOLUCION TENDIENTE A LA MEJORIA A ESPERA DE NUEVA CURACION PROGRAMADA PARA EL 09/09/2023

PLAN: MANTENER MANEJO

*** FECHA: 23.09.06-18:22:15 MEDICO: / (DR(A). CAR - CARLOS ALBERTO ANDRADE CACHAYA - C.C. 80874060 - REG. MEDICO: 1536/10 - MEDICINA GENERAL)*

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

64

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.09.06-20:22:30 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 5TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES REFIERE QUE SE LE HA MOVIDO EL VENDAJE
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS LIGERAMENTE DESPLAZADO DE LA REFION SUPERIOR SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 5TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EL SABADO EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

***** FECHA: 23.09.06-20:42:24 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 PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE 1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM EN POSTOPERATORIO DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23). REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA. AL EXAMEN FISICO EXTREMIDADES: Eutróficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS VASELINADOS SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO.

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN HOSPITALIZACION.

***** FECHA: 23.09.07-06:06:27 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 PÓR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

S:/ REFIERE SENTIRSE TRANQUILO, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, DIURESIS POSITIVA

O:/ T.A: 119/74 MM HG, FC:53 X min FR: 17 X min SaO2: 96%, T°: 36.1°C

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, 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, MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS VASELINADOS SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO.

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 HOSPITALIZACION.

P:/ SEGUIR ÓRDENES MÉDICAS

62

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
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: 8 Hrs, DOSIS: DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

DICLOFENACO 75MG/3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 AMP IV CADA A8 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

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

- DIETA NORMAL.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CONTINUIAR 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 CIRUGIA PLASTICA

***** FECHA: 23.09.07-07:24:47 MEDICO: / (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
NOTA ACLARATORIA: EL TRAMAL NO ESTA INDICADO PARA EL PACIENTE

***** FECHA: 23.09.07-11:24:01 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: 130/70 FR: 18 T: 36.7, P: 81 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 POR CIRUGIA PLASTICA CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

61

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.07-14:12:26 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 6TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES ME HAN ECONSTRASDO LA TENSION BIEN
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 6TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS EL SABADO EN MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO

*** FECHA: 23.09.07-18:09:31 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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

*** FECHA: 23.09.07-22:22:12 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

60

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

ANALISIS
PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES,CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA

*** FECHA: 23.09.08-06:11:24 MEDICO: / (DR(A). JDP - JUAN DAVID PALOMINO LUNA - C.C. 1075308140 - REG. MEDICO: 1075308140 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

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.

59

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS:

1.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS:

1. ACCIDENTE DE TRANSITO (/ / 2022)

ANTECEDENTES PERSONALES:

1. NIEGA

SUBJETIVO

EL PACIENTE REFIERE ADECUADA MODULACION DEL DOLOR NIEGA FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, NO PARESTESIAS, CON DIURESIS POSITIVA EXPONTANEA SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS DEPOSICIONES POSTIVAS SIN CAMBIOS MACROSCOPICOS REFERIDOS POR EL PACIENTE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL

OBJETIVO
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SIGNOS VITALES DE FC 50LPM, FR 17RPM, TA 111/66 MMHG SAT 98% TEMP 36.1°

CABEZA //normocefalo, no deformidad no dolor a la palpación, conjuntivas húmedas, rosadas, escleras anictericas. Pupilas simétricas foto-reactivas a luz. Cavidad oral sin lesiones traumáticas. Cara sin lesiones traumáticas evidentes.

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

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

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 o megalias

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

PELVIS // estable sin signos de trauma no dolor a la palpación no hay deformidad

DORSO Y EXTREMIDADES /// Dorso sin signos de trauma no dolor a la palpación en columna. Extremidades móviles, simétricas, sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2" no alteración de sensibilidad, ni motora. No parestesias.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL /// Alerta orientado. En tiempo lugar y persona. Recuerda el evento. No déficit motor ni sensitivo. Lenguaje claro coherente.

PIEL Y FANELAS /// Sin lesiones.

58 AX

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANALISIS
PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DESCRITO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN ACEPTABLE CONDICIONES GENERALES,CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE CONTINUIDAD DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ATENTOS A EVOLUCION CLINICA. CON LA CUAL SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES , SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
CONTINUAR CON EL MISMO MANEJO MEDICO INSTAURADO
****

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: CONTINUAR A 40 CC HORA IV
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 6, CADA: 8 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
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 23.09.08-09:38:38 MEDICO: / (DR(A). ARS - ALICIA MARIA DEL PILAR ROA SER - C.C. 1075269209 - REG. MEDICO: 1075269209 - 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 DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO (01/09/23)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

SUBJETIVO: REFIERE EPISODIOS DE DOLOR EN LA PIERNA, NO HA PRESENTADO OTROS SINTOMAS.
OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ALERTA, COLABORADOR, CONCIENTE, SIGNOS VITALES: TA: 118/68 MMHG; FC: 56 LPM; FR: 18 RPM; SPO2: 97%; T: 35.0°C
CABEZA: NORMOCEFALO

57

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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 SOBREAGREGADOS. NO SE OBSERVAN TIRAJES.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES LIMPIOS, SIN SECRECIONES, SIN SANGRADO ACTIVO, NI OLOR A FETIDO. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE DOS SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES Y DE BUENA INTENSIDAD.
SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS: PACIENTE CLINCIAMENTE ESTABLE, SE MANTIENE MANEJO, YA CONSOLIDANDO TERAPIA ANTIBIOTICA.

***** FECHA: 23.09.08-11:09:28 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 7TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 70X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. SE APRECIA VENAS VARICES
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
A: PACIENTE 7TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE NUEVO DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO POR AHORA
PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
CURACION CON COMPRESAS VASELINADAS MAÑANA POR ENFERMERIA SE DEFINIRA NECESIDAD DE DESBRIDAMIENTO
SE DEJA ENOXAPARINA 40 MG CADA DIA COMO PROFILAXIS

***** FECHA: 23.09.08-11:16:12 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:
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 40 MG SC, DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA

***** FECHA: 23.09.08-16:51:54 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

46

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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 APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DIOSTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.09.08-22:20:44 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS:
1. POP DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO, (01/09/23).

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO.

ANTECEDENTES PERSONALES
1. HIPERTENSION ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA?, MANEJO CON ENELAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL NO PRECISA DOSIS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA
2. ENUCLEACION OJO DERECHO.

PACIENTE CON 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: 36.8, P: 77 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 POR CIRUGIA PLASTICA CONSOLIDANDO MANEJO, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 23.09.08-23:44:21 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: 23.09.09-06:24:43 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE CON DIAGNOSITICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

55

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:
1. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO:
1. ACCIDENTE DE TRANSITO

ANTECEDENTES PERSONALES:
1. PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO
2. QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA
3. FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

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 145/83 FR: 18 T: 36.7 FC: 56 SATO2: 98%
NORMOCEFALO HIDRATADO, CUELLO MOVIL, CARDIO - CEREBRO - PULMONAR Y ABDOMEN SIN ALTERACION PELVIS ESTABLE DIURESIS PRESENTE EXPONTANEA. EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTES. MUSLO IZQUIERDO CUBIERTO CON VENDAJES, 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 CIRUGIA PLASTICA, CONSOLIDANDO MANJO, 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:
ENOXAPARINA X 40 MG/0.4ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: APLICAR 1 AMP SUBC CADA 24 HORAS., DURACION TRATAM: 24, VIA: SUBCUTANEA
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: 6, CADA: 8 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 HIPOSODICA.
- CONTINUAR TRATAMIENTO DE PATOLOGIAS CRONICAS.
- USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION SEGUN ORDEN DECIRUGIA PLASTICA.

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTI FICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

*** FECHA: 23.09.09-10:21:20 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)*

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:00 / 08:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: SINDY LORENA CAVIEDES RAMIREZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

08:00H// USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CON UN DIAGNOSTICO DE QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM, CON PREVIA HIGENIZACION DE LAS MANOS Y USANDO EPP 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 Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA CURACION EN TOBILLO Y PIE DERECHO SE OBSERVA QUEMADURA DE 30 X 15CM, SIN SECRECIOÓN PURULENTA, CON PREVIA TECNICA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA LIMPIEZA CON 500CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE CUBRE CON COMPRESAS ESTERILES IMPREGNADAS EN VASELINA + VENDAJE DE ALGODON + VENDAJE ELASTICO + ESPADRAPO . SIN NUNGUINA COMPLICACION ALGUNA SE TERMINA PROCEDIMIENTO .

*** FECHA: 23.09.09-14:57:30 MEDICO: / (DR(A). HEO - HAROLD EDUARDO OLAYA - C.C. 79443631 - REG. MEDICO: 252677 - CIRUGIA PLASTICA)*

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

** EVOLUCION:
CIRUGIA PLASTICA
1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE MOTOCICLETA
2. QUEMADURAS GII Y III EN REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM
3. 8TO DIA DE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL AREA GENERAL
REFIEREIRE ESTAR BIEN NO PICOS FEBRILES
ALERTA, AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL
FC 80X FR 18 X TA 120/70 T36°C
SE APRECIA AREA DE QUEMADURA CON VENDAJES VASELINADOS EN POSICION SIN SIGNOS DE INFECCION , PERFUSION DISTAL ADECUADA NO SIGNOS DE INFECCION SISTEMICA. PERFUSION DISTAL DEL LA EXTREMIDA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. SE APRECIA VENAS VARICES HOY REALIZARO NUEVA CURACION OBSERVANDO EVOLCUION HACIA LA RESOLUCION DE LA QUEMADURA PERO TODAVIA TIEE ZONA DE ESCARA POR ELIMINAR
RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

53

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

A: PACIENTE 8TO DIA POSTOPERATORIO DE DESBRIDAMIENTIO ESCISIONAL QUEMADURAS EN MULSO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN EVOLUCION ADECUADA CON EVOLUCION HACIA LA RESOLUCION DEL AREA DE QUEMADURA SIN SIGNOS DE INFECCION NO REQUIERE SE LE RALIZO NUEVA CURACION HOY DOND SE OBSERVA QUE VA ELININADO LAS ZONAS DE FORMACION DE ESCARA CON LAS CURACIONES CON COMPRESAS VASELINADAS NO REQUIERE DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE PUEDE CONTINUAR CURACIONES CON COMPRESAS VASELINADAS + VENDAJES DE ALGODON + ELASTICOS CADA 4 DIAS EN I NIVEL EN HOBO Y CONTROL POR COSNULTA EXTERNA EN 15 DIAS

PLAN:

1. SALIDA CON RECOMENDACIONES SEÑALES DE ALERTA SOBRE INFECCION PARA QUE ASISTA POR URGENCIAS
2. NAPROXENO 250 MG TAB # 15 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS
3. CURACION CADA 4 DIAS CON COMPRESAS VASELINADAS BIEN IMPREGANDAS + VENDAJE DE ALGODON + ELASTICOS ESTERILES EN I NIVEL EN HOBO O POR URGENCIAS DE LA CLINICA
4. FAVOR SACAR CITA EN 8 DIAS POR CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA PLASTICA
5. INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS HASTA EL 01/09/2023 HASTA 30/09/2023

***** FECHA: 23.09.09-16:00:54 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:

PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO POR CIRUGIA PLASTICA QUIEN EVIDENCIA EVOLUCCION FAVOLABLE POR LO CUAL DECIE SEGUIMIENTO AMBULATORIO, AHORA PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 135/75 FC: 72 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. ORDEN DE SEGUIMIENTO, MEDICACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

** CONDUCTA:

SALIDA CON:

** MEDICAMENTOS:

MANEJO AMBULATORIO:

1- ACETAMINOFEN TAB DE 500 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.: TOTAL 30.
2- SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFEN/CODEINA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DIAS. TOTAL 30 TAB.

** OTROS:

SOLICITAR VALORACIÓN AMBULATORIA EN 8 DÍAS CON CIRUGIA PLASTICA, CON DOCTOR: HAROLD OLAYA.
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: 7.

1) CURACIONES CON COMPRESAS VASELINADAS BIEN IMPREGANDAS MAS VENDAJES DE ALGODON Y ELASTICOS CADA 4 DIAS (EN ESTE CENTRO O EN I NIVEL EN HOBO). TOTAL 2
2) RE CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN AREA

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

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.
3) EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
4) REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO.
5) NO MOJAR CURRACION, RECONSULTAR SI HUELE FEO FECTIDO ASOCIADO A LOS SINTOMAS INFLAMATORIOS.
6) TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
7) SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCIONAL DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

***** FECHA: 23.09.09-16:01:39 MEDICO: / (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)***

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

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.09-16:01:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

***** FECHA: 23.09.13-14:15:42 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:26 / 10:40 DURACION: 00:13

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: BRIYITH ALEXANDRA CELIS RODRIG

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:25H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON AYUDA DE MULETAS CON ORDEN DE CURACION CADA 4 DIAS

10:26H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON 500CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA SE DEJA VANDAJE DE ALGODON Y ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

10:40H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON AYUDA DE MULETAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

51

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.22-08:39:22 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

MOTIVO DE LA ATENCION

CONTROL POP RELATA MUCHO DOLOR

ENFERMEDAD ACTUAL

PTE RELATA HABER SUFRIDO QUEMADURA POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN MUSLO IZQUIERDO, TENER DOLOR ARDOR Y MAL ESTAR GENERAL.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
CURACION EN MUSLO IZQUIERDO

** SIGNOS VITALES:
TA: 135/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.5 TALLA: 165 PESO: 65 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
NEURO CUELLO CARDIOPÚLMONAR Y ABDOMEN DENTRO DE LO ESPERADO.
QUEMADURA CON COSTRA EN CARA ANTERIOR DE MUSLO IZQUIERDO COSTRA Y ESCARA HUMEDA MAS FIBRINA Y ESFACELOS HUMEDOS EN LA QUEMADURA, ERITEMA PERILESIONAL.

** EVOLUCION:
PTE REFIER HABER SUFRIDO QUEMADURA EN ACCIDENTE DE TRANSITO QUE PRODUJO UNA QUEMADURA, FUE OPERADO TRATADO PERO HOY MENCIONA ESTAR MUY SINTOMATICO, AL EXAMEN SE EVIDENCIA QUEMADURA EN EVOLUCION AUN, SE INDICA NUEVO TRATAMIENTO QUIRURGICO

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
INDICO CIRUGIA DE URGENCIA HOY

** ORDENES Qx:

INDICO CIRUGIA:

LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE AREA QUEMADA EN MUSLO IZQUIERDO DE HASTA 10 % SCQ
TRATAMIENTO DE QUEMADURA AREA GENERAL DE HASTA 10 % SCQ
CURACION ESPECIAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN QUEMADO

ANESTESIA GENERAL

*** FECHA: 23.09.22-08:50:55 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

.....> Registrado en historia de: HISESPECIA

50

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.22-08:50:55 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.22-20:10:31 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: HISTPREQUI

MOTIVO DE LA ATENCION

QUEMADURA EN MUSLO MII

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
SECUELAS Y QUEMADURA ACTIVA POR ACCIDENTE DE TRANSITO MUSLO IZQUIERDO

** SIGNOS VITALES:
TA: 138/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.8 TALLA: 165 PESO: 65 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
NEURO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN QUEJAS MAYORES DENTRO DE LO ESPERADO, AREA DE MUSLO IZQUIERDO CARA ANTERIOR Y MEDIAL DE 2 TERCIOS PROXIMALES CON QUEMADURA DE 2 GRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HASTA 10 % SCQ CON PLACA DE ESCARA, PUDIENDO SER DE 3 GRADO EN ALGUN MOMENTO DE LA EVOLUCION, FIBRINA Y ESFACELOS. RESTO DE MIEMBROS SIN MAYOR NOVEDAD.

** EVOLUCION:
PACIENTE CON QUEMADURA POR TRAUMA POR ACC DE TTO, MAL EVOLUCION Y EN LA CONSULTA SE EVIDENCIA MAL ESTAR DE EL Y ADEMAS AREA AFECTADA CON POBRE EVOLUCION Y EMPEORAMIENTO DE LA QUEMADURA, SE INDICA CIRUGIA.

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CIRUGIA SALAS
** ANALISIS PLAN:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.22-20:00:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.22-20:11:21 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***
.....> Registrado en historia de: CIRUGIA

49

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

EPICRISIS No. 59427

**** DE LA IDENTIFICACION ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

MOTIVO DE LA ATENCION

QUEMADURA EN MUSLO MII

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** REVISION POR SISTEMAS:
SECUELAS Y QUEMADURA ACTIVA POR ACCIDENTE DE TRANSITO MUSLO IZQUIERDO

** SIGNOS VITALES:
TA: 138/85 FC: 85 FR: 17 TEMP: 36.8 TALLA: 165 PESO: 65 IMC: 24

** EXASMEN FISICO:
NEURO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN QUEJAS MAYORES DENTRO DE LO ESPERADO, AREA DE MUSLO IZQUIERDO CARA ANTERIOR Y MEDIAL DE 2 TERCIOS PROXIMALES CON QUEMADURA DE 2 GRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HASTA 10 % SCQ CON PLACA DE ESCARA, PUDIENDO SER DE 3 GRADO EN ALGUN MOMENTO DE LA EVOLUCION, FIBRINA Y ESFACELOS. RESTO DE MIEMBROS SIN MAYOR NOVEDAD.

** EVOLUCION:
A CX

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
A CX

***** FECHA: 23.09.22-20:25:48 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)***

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

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 2GR IV 30 MIN ANTES DE LA CX, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG IV AHORA , DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: BOLO DE 500 CC, CONTINIAR A 40 CC HORA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 2, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 23.09.22-20:34:04 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

>> DESCRIPCION QUIRURGICA
PERSONAL QUE INTERVINO
MEDICO CIRUJANO: RACHID GORRON MALOOF MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

HORA INICIAL/FINAL: 20:00 / 20:35 DURACION: 00:34

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT: CC 4913379 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02
FCHA.NACTO: 1964.12.20 EDAD: 58 A CIUDAD: HOBO TEL: 3177733383
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF
TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15% (TRATAMIENTO TOTAL) VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 16447
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: AL EXAMEN NEURO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN QUEJAS MAYORES DENTRO DE LO ESPERADO, AREA DE MUSLO IZQUIERDO CARA ANTERIOR Y MEDIAL DE 2 TERCIOS PROXIMALES CON QUEMADURA DE 2 GRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HASTA 10 % SCQ CON PLACA DE ESCARA, PUDIENDO SER DE 3 GRADO EN ALGUN MOMENTO DE LA EVOLUCION, FIBRINA Y ESFACELOS. RESTO DE MIEMBROS SIN MAYOR NOVEDAD.

DESCRIPCION:
PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO).
BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES Y TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PROCEDEMOS A REALIZAR LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO FISIOLOGICO 0.9 % E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%.
- POR VIA 1: SE REALIZA DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO MECANICO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS CON LAVADO EXHAUSTIVO LOCAL.
- POR VIA 2: SE REALIZA TRATAMIENTO DE LA QUEMADURA CON ESCARECTOMIA TANGENCIAL CON BISTURI SIN COMPLICACIONES, HEMOSTASIA AL PASO.
CURACION GENERAL ASI: EN LOCAL DE MAYOR POFUNDIDAD EN TERCIO SUPERIOR DE LA QUEMADURA CON GASA VASELINADA, EN RESTO DE LOCALES CON MERCURIO CROMO.
COMPRESA Y VENDAJES.

***** FECHA: 23.09.22-20:40:01 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:
BUENA EVOLUCION DEL PROCEDIMIENTO SE ENVIA A HOSPITALIZACION POR EL TIPO DE LESION Y ESTADO DE LA MISMA ASI COMO SU EVOLUCION

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
SE INDICA HOSPITALIZACION

1. PROTECTOR GASTRICO
2. DIETA HIPERPORTEICA
3. MULTIVITAMINICO CON ZINC 1 AL DIA VO
3. ANALGESIA MULTIMODAL
3. ANTIBIOTICO: TRIMETROPRIM SULFA 960 + AMPICILINA SULBACTAM EV CADA 12 HORAS CADA UNO DE ELLOS
4. CURACION DIARIA ASI: RETIDO DEL EXCESO CON TIJERA SOLO CORTANDO LOS BORDES DE LAS GASAS QUE SE VAYAN LEVANTANDO SIN EXAGERAR, DESPUES APLICAR MERCURIOCROMO, EN TERCIO SUPERIO DE LA HERIDA O QUEMADURA DONDE ESTA LA GASA BLANCA SIN MERCURIOCROMO SE RETIRA ESTA PUES TIENE SOLO VASELINA Y SE REEMPLAZA POR OTRA CON VASELINA, COMPRESA Y VENDAJE
5. HEMOGRAMA, PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONES

47

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

6. RESTO DE ORDENES COMO MEDICO GENERAL INDIQUE
** ANALISIS PLAN:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.22-20:39:49 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

*** FECHA: 23.09.23-00:31:08 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)*
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

MOTIVO DE LA ATENCION

** MOTIVO DE ATENCION:
PROCEDENTE DE CIRUGIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

** ESTADO AL INGRESO:
TRANQUILO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ADULTO QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 01/09/23 CON POSTERIOR QUEMADURA EN MUSLO QUIEN FUE LLEVADO A CIRUGIA EN ESE MOMENTO, ACTUALMENTE PRESENTA SIGNOS DE AUMENTO DE LA PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA EN EL MUSLO, POR LO CUAL REQUIERE PASAR A NUEVO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EL CUAL SE REALIZA SIN COMPLICACIONES. SE INDICA PASO A HOSPITALIZACION PARA MANEJO ANTIBOTICO Y CURACIONES INDICADAS.

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA

** SIGNOS VITALES:
TA: 140/70 FC: 75 FR: 17 TEMP: 36. ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN 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

46

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

<<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 MUSLO IZQ SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA, PULSOS DISTALES POSITIVOS. <<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15
<<PIEL>>
LO YA DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
1. POP DE LAVADO QUIRUIRGICO +DESBRIDAMIENTO EN MUSLO IZQUIERDO+ ESCARECTOMIA TANGENCIAL (22/09/23)
2. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA?

CONCILIACION MEDICAMENTODA:
ENALAPRIL TABLETA 20 MG ORAL CADA 12 HORAS, , AMLODIPINO TABLETA 5 MG ORAL CADA 12 HORA, CARVEDILOL TABLETA TOMAR UNA CADA 12 HORAS,. , ASA TABLETA 100 MG TOMAR UNA CADA DIA , ATORVASTATINA TABLETA 40 MG TOMAR UNA CADA DIA.
ESOMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG ORAL CADA DIA EN AYUNAS

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO

AL EXAMEN FISICO:
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICOS CON HERIDA CUBIERTA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON PERFUSION DISTAL CONSERVADA.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15

ANALISIS PACIENTE ADULTO EN POP DESRITO EN EL MOMENTO ESTALBE, SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, SIN COMPLICACION DE SU CIRUGIA, EN EL MOMENTO ESTABLE, CONTINUAR CON PLAN INDICADO OPR ESPECIALIDAD.

1. PROTECTOR GASTRICO

15

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

2. DIETA HIPERPORTEICA
3. MULTIVITAMINICO CON ZINC 1 AL DIA VO
4. DICLOFENACO AMP 75 MG IV CADA 8 HORAS
5. ANTIBIOTICO: TRIMETROPRIM SULFA 160/800 MG CADA 12 HORAS + AMPICILINA SULBACTAM IV CADA 6 HORAS
6. CONCILIACION MEDICAMENTOSA:
ENALAPRIL TABLETA 20 MG ORAL CADA 12 HORAS, , AMLODIPINO TABLETA 5 MG ORAL CADA 12 HORA, CARVEDILOL TABLETA TOMAR UNA CADA 12 HORAS,. , ASA TABLETA 100 MG TOMAR UNA CADA DIA , ATORVASTATINA TABLETA 40 MG TOMAR UNA CADA DIA. ESOMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG ORAL CADA DIA EN AYUNAS (LO APORTA EL PACIENTE)***
7. CURACION DIARIA ASI: RETIDO DEL EXCESO CON TIJERA SOLO CORTANDO LOS BORDES DE LAS GASAS QUE SE VAYAN LEVANTANDO SIN EXAGERAR, DESPUES APLICAR MERCURIOCROMO, EN TERCIO SUPERIO DE LA HERIDA O QUEMADURA DONDE ESTA LA GASA BLANCA SIN MERCURIOCROMO SE RETIRA ESTA PUES TIENE SOLO VASELINA Y SE REEMPLAZA POR OTRA CON VASELINA, COMPRESA Y VENDAJE
8. HEMOGRAMA, PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONES
9. PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS
10. PROTOCO DE PREVENCIONDE ESCARAS.
11. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS.

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA, PROTEINAS TOTALES Y ALBUMINA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 75 MG IV AHORA

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, Y PARA DILUIR TRIMETROPIN SULFA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLCIAR 160/800 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 23.09.23-06:30:29 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***
.....> Registrado en historia de: HHOSPIT

** EVOLUCION:
PACIENTE ADULTO CON DIAGNOSTICOS DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO +- 30 X 15 CM

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
1. POP DE LAVADO QUIRUIRGICO +DESBRIDAMIENTO EN MUSLO IZQUIERDO+ ESCARECTOMIA TANGENCIAL (22/09/23)
2. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA?

SUBJETIVO: REFIERE QUE SE SIENTE BIEN NO DOLOR AGUDO, PASÓ BUENA NOCHE.

AL EXAMEN FISICO:
SIGNOS VITALES: 140/75 FC: 75 FR: 17 SATURACION DE OXIGENO: 98%
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS, ISOCORICAS
CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIMETRICOS CON HERIDA CUBIERTA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO. PERFUSION DISTAL CONSERVADA.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15

ANALISIS PACIENTE ADULTO EN POP DESRITO EN EL MOMENTO ESTALBE, SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, SIN COMPLICACION DE SU CIRUGIA, EN EL MOMENTO ESTABLE, CON REPORTE DE PARACLNICOS ORDENADOS DE BAJO RIESGO, AUNQUE LEVE DESCENSO DE PROTEINAS TOTALES, PENDIENTE REPORTE DE ALBUMINA. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN SU TRATAMIENTO.

PLAN:
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO.

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
REPORTE DE PARACLINICOS:

LEUCO: 9.60 EUTRO: 62.9 LINF: 21.2 H: 13.0 HTO: 38.0 PLAQ: 295.000

PROTEINAS TOTALES 5.8

PENDIENTE REPORTE DE ALBUMINA

**TRATAMIENTOS/PRESCRIPCIONES:
DICLOFENACO 75MG /3ML , CANT: 3, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 75 MG IV AHORA

, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER , CANT: 5, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, Y PARA DILUIR TRIMETROPIN SULFA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLCIAR 160/800 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24,

113

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

VIA: INTRAVENOSA

*** FECHA: 23.09.23-12:15:44 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*

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

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
1. POP DE LAVADO QUIRUIRGICO +DESBRIDAMIENTO EN MUSLO IZQUIERDO+ ESCARECTOMIA TANGENCIAL (22/09/23)
2. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA?

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/126/72; FC/72 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.1 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN MUSLO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS
PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA, CON INIDICACION DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN RELACION A DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIETOS ANOTADOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON HIPOALBUMINEMIA, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.
** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEU: 9.60 NEU: 62.9 % HGB: 13.0 HCT: 38.0 PLQ: 295 (NORMAL)
ALBUIMINA: 2.6 (HIPOALBUMNEMIA)
PROTEINAS TOTLES EN SUERO: 5.8 (BAJA)

*** FECHA: 23.09.23-12:19:35 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:
HEMOGRAMA: LEU: 9.60 NEU: 62.9 % HGB: 13.0 HCT: 38.0 PLQ: 295 (NORMAL)
ALBUIMINA: 2.6 (HIPOALBUMNEMIA)
PROTEINAS TOTLES EN SUERO: 5.8 (BAJA)

***** FECHA: 23.09.23-16:28:41 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
1. POP DE LAVADO QUIRUIRGICO +DESBRIDAMIENTO EN MUSLO IZQUIERDO+ ESCARECTOMIA TANGENCIAL (22/09/23)
2. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA?

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE ESTER BIEN, CON ADECUADA MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/132/78; FC/78 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.2 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN MUSLO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS/PLAN
PACIENTE CON DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIETO ANOTADOS, EN SEGUIMIENTO POR CX PLASTICA, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUETRA ESTABLE HEMODINAMICANTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO QUE SE CONTINUA CON MANEJO MEDICO INSTAURADO.

***** FECHA: 23.09.23-17:10:49 MEDICO: / (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)***

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

** EVOLUCION:

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PTE REFIERE ESTAR MEJOR SE SIENTE CON MAS ANIMO. AL EXAMEN BUENA EVOLUCION DEL LOCAL AFECTADO CURACION SECA.
CD
ALTA MAÑANA EN LA MAÑANA
ALTA CON ANTIBIOTICO VO
CURACION DIARIA: APLICAR RIFOCINA O MERCURIOCROMO EN GASAS AL LATERALES SION RETIRARLAS, CAMBIAR LA GASA CON VASELINA CENTRAL SUPERIOR, CUBRIR Y VENDAJE.
ALTA CON ANALGESICO
CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 20 DIAS

*** FECHA: 23.09.23-19:28:23 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
1. POP DE LAVADO QUIRUIRGICO +DESBRIDAMIENTO EN MUSLO IZQUIERDO+ ESCARECTOMIA TANGENCIAL (22/09/23)
2. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA?

SUBJETIVO/ TRANQUILO, NIEGA PICOS FEBRILES
OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/128/70; FC/77 XMIN FR/ 16 XMIN; T°/ 36.2 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN MUSLO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS:
EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, LESIONES DERMICAS EN BUEN ESTADO, CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO EN LA UNIDAD.

*** FECHA: 23.09.23-20:05:25 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 15:00 / 15:10 DURACION: 00:10

40

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: VALENTINA ARIAS CASAS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

15:00 HRSCON 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 , BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y POR CONSENTIMIENTO DE PACIENTE ,SE REALIZA CURACION EN QUEMADURA GII - GIII EN REGION ANTERIOR DE MUSLO IZQUIERDO +-30 X 15 CM SE RETIRA VENDAJE ELASTICO POSTERIOR COMPRESAS Y GASAS SUCIAS, SE RETIRA EXCESO DE MERCURIO Y Y VASELINA CON CLORURO DE SODIO SE LAVA HERIDA, SE SECA QUEMADURA SE ADMINISTRA RIFOXINA SE PONEN GASAS ESTERILES IMPREGNADAS POSTERIORSE DEJA COMPRESAS ESTERLES IMPREGANDAS CON VASELINA, SE CUBRE QUEMADURA CON VENDAJE ELASTICO. TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

***** FECHA: 23.09.24-05:41:43 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

**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: 4, CADA: 12 Hrs, DOSIS: PASAR A 40 CC HORA, Y PARA DILUIR TRIMETROPIN SULFA, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AMP , CANT: 8, CADA: 6 Hrs, DOSIS: APLICAR 3 GR IV CADA 6 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER , CANT: 7, CADA: 24 Hrs, DOSIS: PARA DILUCIONES, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG , CANT: 2, CADA: 12 Hrs, DOSIS: APLCIAR 160/800 MG IV CADA 12 HORAS, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAVENOSA

***** FECHA: 23.09.24-05:59:31 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

** EVOLUCION:
SERVICIO DE HOSPITALIZACION GENERAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

1. POP DE LAVADO QUIRUIRGICO +DESBRIDAMIENTO EN MUSLO IZQUIERDO+ ESCARECTOMIA TANGENCIAL (22/09/23)
2. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA?

S: ESTOY BIEN, NIEGA PICOS FEBRILES
O:
TA/125/60; FC/74 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.3 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN MUSLO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15

ANALISIS:
PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, LESIONES DERMICAS EN BUEN ESTADO, CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO EN LA UNIDAD.

** DEL EGRESO

***** FECHA: 23.09.24-09:32:11 MEDICO: / (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE LOS EPP.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. QUEMADURAS G II - III REGION ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
1. POP DE LAVADO QUIRUIRGICO +DESBRIDAMIENTO EN MUSLO IZQUIERDO+ ESCARECTOMIA TANGENCIAL (22/09/23)
2. POP DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DE QUEMADURA EN MUSLO IZQUIERDO (01/09/2023)

ANTECEDENTE TRAUMATICO
1. ACCIDENTE DE TRANSITO (01/09/23)

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSION ARTERIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA?

SUBJETIVO/ PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN, CON BUENA MODULACION DE DOLOR, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL

38

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

EPICRISIS No. 59427

** DE LA IDENTIFICACION **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

OBJETIVO/ PACIENTE ALERTA CONCIEN TE, ORENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA/110/70; FC/60 XMIN FR/ 17 XMIN; T°/ 36.2 °C SO2: 97%
CABEZA Y CUELLO/ MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
CARDIOPULMONAR/ RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MORMULLO VESCICULAR CONSERVADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION
EXTREMIDADES/ SE EVIDENCIA VENDAJE BLANDO EN MUSLO IZQ, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
NEUROLOGICO/ ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15

***ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADO, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA,VALORADO POR SERVICIO TRATANTE EL DIA DE AYER, QUIEN POR ADECUADA EVOLUCION CLINICA INDICA SALIDA EL DIA DE HOY EN LA MAÑANA, NOTIVO POR EL CUAL SE DA SALIDA CON ORDENES E INDICACIONES POR SERVICIO TRATANTE.

** CONDUCTA:
SALIDA

** MEDICAMENTOS:
TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL (ANTIBIOTICO) TAB 160/800mg, TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS.---------- 20 TAB, TOMAR POR 5 DIAS Y SUSPENDER
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 HORAS 20

** OTROS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- EN CASO DE PRESENTAR, DOLOR QUE NO MEJORE CON LOS MEDICIAMENOS, FIEBRE, DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS.
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS
- NO RETIRAR NI MOJAR EL VENDAJE,
- 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 Qx:
CURACION DIARIA # 20: APLICAR RIFOCINA O MERCURIOCROMO EN GASAS AL LATERALES SIN RETIRARLAS, CAMBIAR LA GASA CON VASELINA CENTRAL SUPERIOR, CUBRIR Y VENDAJE.

** ORDENES MEDICAS:
SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 20 DIAS CON EL DR RECHID (CIRUJANO PLASTICO)
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE LUNES A VIERNES DE 8 AM A 12 PM.

TIENE INCAPACIDAD VIGENTE.

37

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

** CONDUCTA:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.24-09:31:58 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** EVENTOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL

***** FECHA: 23.09.24-10:26:47 MEDICO: / (DR(A). *** MEDICO - NO REGISTRA *** -)***

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:32 / 09:42 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DISNEY PINZON BAEZ

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

08:30 USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CON UN DIAGNOSTICO DE DE QUEMADURA 2 GRADO REGION ANTERIOR DEL MUSMO IZQ, LE EXPLICO AL PACIENTE PROCEDMIENTO QUE SE LE VA A REALIZAR EL CUA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE REALIZA CURACION CON PREVIA TECNICA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE OBSERVA SE LIMPIA AL REDEDOR DE LA HERIDA, DURANTE LA CURACION SE OBSERVA HERIDA LIMPIA, SI TEJIDO NECROTICO, BORDES LIMPIOS, CON ADEDCUADA CIATRIZACION, SE DEJA GASAS IMPRENADAS CON RIFOZINA Y TAMBIEN CON VASELINA, SE CUBRE CON VENDA ELASTICA, HERIDA QUEDA LIMPIA, PROCEDMIENTO QUE SE REALIZA SIN COMPLICACIONES.

***** FECHA: 23.09.25-11:22:01 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: 10:30 / 10:50 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

36

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

10:29H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON UN POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESSION SUPERFICIAL MAS DEL 5% AREA CORPORAL, TRATAMIENTO DE QUEMEDURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15 % , CON ORDEN DE CURACION DIAS POR 20 DIAS

10:30H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,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 CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA EN ZONA CENTRAL Y EN REGION LATERAL DE LA HERIDA SE QUEDA CON GASAS IMPREGNADAS CON RIFICINA SE DEJA VANDAJE ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

10:50H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

***** FECHA: 23.09.26-07:45:36 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: 07:33 / 07:50 DURACION: 00:17

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

07:32H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON UN POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL MAS DEL 5% AREA CORPORAL, TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15%, CON ORDEN DE CURACION DIARIAS POR 20 DIAS.

07:33H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,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 CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA EN ZONA CENTRAL Y EN REGION LATERAL DE LA HERIDA SE DEJA CON GASAS IMPREGNADAS CON RIFICINA SE DEJA VENDAJE ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

07:55H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

35

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

EPICRISIS No. 59427

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

*** FECHA: 23.09.28-07:13:43 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: 07:04 / 07:20 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADRIANA MOLINA RAMOS

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

07:03H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON PROCEDENTE D CASA CON UN POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL MAS DEL 5% AREA CORPORAL, TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15% ORDEN DE CURACION DIARIAS POR 20 DIAS

07:04H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,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 CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA EN ZONA CENTRAL Y EN LATERALES CON GASAS IMPREGNADAS CON RIFOCINA SE DEJA VANDAJE ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

07:20H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

34

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

EPICRISIS No. 59427

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

DOC.IDENT:	CC 4913379	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02		
FCHA.NACTO:	1964.12.20	EDAD:	58 A	CIUDAD:	HOBO	TEL:	3177733383
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T243 - QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER		

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@. ANGELICA MARIA PRADA
GOMEZ
REG. MED: 55302763

33

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 16447

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167198 Fecha 22/09/23

Nombre Paciente: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO 4913379 Edad: 58 Sexo: M

Hora inicio 20:00 Hora fin: 20:35 Duraci¾n: 00:34 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: RGM- RACHID GORRON MALOOF Ayudante: APG- ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion:PAULA BARRAGAN

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: CONTAMINADA

Diagn¾sticos Pre-Operatorios:	Diagn¾sticos Post-Operatorios:
1. T242-QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	1. T242-QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE
2. T310-QUEMADURAS QUE AFECTAN MENOS DEL 10% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO	2. T310-QUEMADURAS QUE AFECTAN MENOS DEL 10% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO
3. T542-EFECTO TOXICO DE SUSTANCIAS CORROSIVAS: ACIDOS CORROSIVOS Y SUSTANCIAS ACIDAS SIMILARES	3. T542-EFECTO TOXICO DE SUSTANCIAS CORROSIVAS: ACIDOS CORROSIVOS Y SUSTANCIAS ACIDAS SIMILARES

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
15102	DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL	RGM	1 - 1i Interv 100%
15161	TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15% (TRATAMIENTO	RGM	1 - 1i Interv 100%

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS: AL EXAMEN NEURO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN QUEJAS MAYORES DENTRO DE LO ESPERADO, AREA DE MUSLO IZQUIERDO CARA ANTERIOR Y MEDIAL DE 2 TERCIOS PROXIMALES CON QUEMADURA DE 2 GRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HASTA 10 % SCQ CON PLACA DE ESCARA, PUDIENDO SER DE 3 GRADO EN ALGUN MOMENTO DE LA EVOLUCION, FIBRINA Y ESFACELOS. RESTO DE MIEMBROS SIN MAYOR NOVEDAD.

DESCRIPCION:
PAUSA DE SEGURIDAD (VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA DE CHEQUEO).
BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES Y TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PROCEDEMOS A REALIZAR LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CON SUERO FISIOLOGICO 0.9 % E ISODINE ESPUMA Y SOLUCION RETIRO DETRITUS SE REALIZA LAVADO EXAHUSTIVO DE HERIDAS CON SSN 0.9%.
- POR VIA 1: SE REALIZA DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO MECANICO DE TEJIDOS DESVITALIZADOS CON LAVADO EXHAUSTIVO LOCAL.
- POR VIA 2: SE REALIZA TRATAMIENTO DE LA QUEMADURA CON ESCARECTOMIA TANGENCIAL CON BISTURI SIN COMPLICACIONES, HEMOSTASIA AL PASO.
CURACION GENERAL ASI: EN LOCAL DE MAYOR POFUNDIDAD EN TERCIO SUPERIOR DE LA QUEMADURA CON GASA VASELINADA, EN RESTO DE LOCALES CON MERCURIO CROMO.
COMPRESA Y VENDAJES.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n:

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

CIRUJANO

32

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4913379

ADMISION N_: 167198

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **Num. Id-:** CC 4913379

FECHA NACIMIENTO: 1964.12.20 **EDAD:** 58 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.22 **HORA DE INGRESO:** 20:10:31 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.22 20:10

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3177733383

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2023.09.22

<< REGISTRO: 20:10:31 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 07 / DETECCION DE ALTERAC DEL

TIPO DE CONSULTA: CIE VLORACION X ESPCIALISTA (INTR) **TIPO DIAG:** REPETIDO

MOTIVO CONSULTA

QUEMADURA EN MUSLO MII

REVISION POR SISTEMA

SECUELAS Y QUEMADURA ACTIVA POR QUIMICO MUSLO IZQUIERDO

ANTECEDENTES

--><<2023.09.01-11:40:09>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 165844

* Patologicos: HTA, INSUFINCIENCIA CARDIACA Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2023.09.01-15:58:31>>, (DR(A). MAM - ARLEX MOSQUERA - C.C. 7726359 - REG. MEDICO: 490/2006 - ANESTESIA) V.PREANES: 165863

PATOLOGICOS: HTA

CARDIOVASCULARES: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

PULMONARES: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

ANESTESICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: LOSARTAN-ATORVASTATINA-ASA

TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

OTROS: NIEGA

--><<2023.09.01-20:29:14>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 165867

PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA

FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4913379

ADMISION N_: 167198

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **Num. Id-:** CC 4913379

FECHA NACIMIENTO: 1964.12.20 **EDAD:** 58 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

FECHA DE INGRESO: 2023.09.22 **HORA DE INGRESO:** 20:10:31 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.22 20:10

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3177733383

OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

<< REGISTRO: 20:10:31 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
07 / DETECCION DE ALTERAC DEL REPETIDO

--><<2023.09.22-08:39:22>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.ME: 167121
ANOTADOS

--><<2023.09.22-19:54:03>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 167198

PATOLOGICOS: HTA EN TRATAMIENTO

CARDIOVASCULARES: ENFERMEDAD CORONARIA CON STENT

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: TRATAMIENTO DE QUEMADURAS, EXTRACCION DE CATARATA

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL 2 BLOQUEOS ANESTESICOS SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL, AMLODIPINO, CARVEDILOL

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2023.09.22-20:10:31>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 167198
ANOTADOS

--><<2023.09.23-00:31:08>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 167211
* Patologicos: HTA- INSUFICIENCIA CARDIACA * Traumaticos: Niega * Medicamentos:ENALAPRIL TABLETA 20 MG ORAL CADA 12 HORAS, AMLODIPINO TABLETA 5 MG ORAL CADA 12 HORA, CARVEDILOL TABLETA TOMAR UNA CADA 12 HORAS,. , ASA TABLETA 100 MG TOMAR UNA CADA DIA , ATORVASTATINA TABLETA 40 MG TOMAR UNA CADA DIA. ESOMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG ORAL CADA DIA EN AYUNAS * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

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

VALORACION PRE-QUIRURGICA

4913379

ADMISION N_: 167198

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **Num. Id-:** CC 4913379
FECHA NACIMIENTO: 1964.12.20 **EDAD:** 58 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
FECHA DE INGRESO: 2023.09.22 **HORA DE INGRESO:** 20:10:31 **Fecha/Hora de registro:** 2023.09.22 20:10
DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **CIUDAD:** HOBO **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3177733383
OCUPACION: 621 OBREROS DE AGRICULTURA **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 20:10:31 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
07 / DETECCION DE ALTERAC DEL REPETIDO

** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES **TA:** 138/85 **FC:** 85 **FR:** 17 **Tmp:** 36.8 **PESO:** 65 **TALLA:** 165

EXAMEN FISICO

NEURO, CUELLO, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN QUEJAS MAYORES DENTRO DE LO ESPERADO, AREA DE MUSLO IZQUIERDO CARA ANTERIOR Y MEDIAL DE 2 TERCIOS PROXIMALES CON QUEMADURA DE 2 GRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HASTA 10 % SCQ CON PLACA DE ESCARA, PUDIENDO SER DE 3 GRADO EN ALGUN MOMENTO DE LA EVOLUCION, FIBRINA Y ESFACELOS. RESTO DE MIEMBROS SIN MAYOR NOVEDAD.

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

DIAGNOSTICO DE INGRESO
T242 QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T310 QUEMADURAS QUE AFECTAN MENOS DEL 10% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T542 EFECTO TOXICO DE SUSTANCIAS CORROSIVAS: ACIDOS CORROSIVOS Y SUSTANCIAS ACIDAS SIMILARES

EVOLUCION

PACIENTE CON QUEMADURA POR TRAUMA POR ACC DE TTO, MAL EVOLUCION Y EN LA CONSULTA SE EVIDENCIA MAL ESTAR DE EL Y ADEMAS AREA AFECTADA CON POBRE EVOLUCION Y EMPEORAMIENTO DE LA QUEMADURA, SE INDICA CIRUGIA.

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.09.22-20:00:15 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

A CIRUGIA SALAS

9

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

FECHA DE EGRESO: 2023.09.22 **HORA DE EGRESO:** 20:00:15 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

Dr. RACHID GORRON MALOOF
Registro Medico: 0145/00

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_: 167198 - 10000

NOMBRE:	MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO	C.C. -TI-RC-OTRO	4913379		
EDAD:	58 A	FECHA DE NACIMIENTO:	1964.12.20	SEXO:	M
DIRECCION:	CARRERA 5 A N 2 A 02			TELEFONO:	3177733383
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE:				TELEFONO:	

FECHA: 2023.09.22

CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: ESCARECTOMIA TANGENCIAL TEMPRANA HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL

ANTECEDENTES:

HISTORICO

--->><<2023.09.01-11:40:09>>, (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL) H.U. 165844

* Patologicos: HTA, INSUFINCIENCIA CARDIACA Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2023.09.01-15:58:31>>, (DR(A). MAM - ARLEX MOSQUERA - C.C. 7726359 - REG. MEDICO: 490/2006 - ANESTESIA) V.PREANES: 165863

PATOLOGICOS: HTA

CARDIOVASCULARES: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

PULMONARES: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

ANESTESICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: LOSARTAN-ATORVASTATINA-ASA

TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

OTROS: NIEGA

--->><<2023.09.01-20:29:14>>, (DR(A). OAR - OSCAR ALEXIS RODRIGUEZ MENESES - C.C. 1031151920 - REG. MEDICO: 1031151920 - MEDICINA GENERAL) H.HOS: 165867

PATOLOGICOS: HTA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERVENIDA CON STENT CORONARIO

QUIRURGICOS: ARTERIOGRAFIA CORONARIA

FARMACOLOGICOS: CARVEDILOL, ENALAPRIL, ATORVASTATINA, ASA

TOXICOS-ALERGICOS: NIEGA

--->><<2023.09.22-08:39:22>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) H.ME: 167121

ANOTADOS

--->><<2023.09.22-19:54:03>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 167198

PATOLOGICOS: HTA EN TRATAMIENTO

CARDIOVASCULARES: ENFERMEDAD CORONARIA CON STENT

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: TRATAMIENTO DE QUEMADURAS, EXTRACCION DE CATARATA

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_: 167198 - 10000

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO C.C. -TI-RC-OTRO 4913379

EDAD: 58 A FECHA DE NACIMIENTO: 1964.12.20 SEXO: M

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 TELEFONO: 3177733383

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2023.09.22 ESCARECTOMIA TANGENCIAL TEMPRANA HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL

CARDIOVASCULARES:

PULMONARES:

ANESTÉSICOS:

QUIRÚRGICOS:

FARMACOLÓGICOS:

TÓXICO - ALÉRGICOS:

OTROS:

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL 2 BLOQUEOS ANESTESICOS SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL, AMLODIPINO, CARVEDILOL

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2023.09.22-20:10:31>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 167198
ANOTADOS

--><<2023.09.23-00:31:08>>, (DR(A). APG - ANGELICA MARIA PRADAGOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 55302763 - MEDICINA GENERAL)
H.HOS: 167211
* Patologicos: HTA- INSUFICIENCIA CARDIACA * Traumaticos: Niega * Medicamentos:ENALAPRIL TABLETA 20 MG ORAL CADA 12 HORAS, , AMLODIPINO TABLETA 5 MG ORAL CADA 12 HORA, CARVEDILOL TABLETA TOMAR UNA CADA 12 HORAS,. , ASA TABLETA 100 MG TOMAR UNA CADA DIA , ATORVASTATINA TABLETA 40 MG TOMAR UNA CADA DIA. ESOMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG ORAL CADA DIA EN AYUNAS * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

EXAMEN FISICO:

PA: 158/80 **FC:** 76 **FR:** 22 **PESO:** 66 **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:
SE OBSERVA AREA DE QUEMADURA, CON SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES Y ESCARA EN MUSLO IZQUIERDO

OTROS:
SIN ALTERACION

VALORACION PREANESTESICA

ADMISION N_ : 167198 - 10000

NOMBRE: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO C.C. -TI-RC-OTRO 4913379

EDAD: 58 A FECHA DE NACIMIENTO: 1964.12.20 SEXO: M

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 TELEFONO: 3177733383

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:

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

INR: **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

P de O:

ECG:

Rx TORAX:

OTROS:

DIAGNOSTICO: T242
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

PLAN:
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL, ANALGESIA POP

OBSERVACIONES:

ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

DEST SALIDA: Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2023.09.22 **HORA:** 19:30:52

SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FIRMA: RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

INFORME DE ANESTESIA

A - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Montealegre	Angel	Luis Alfredo	49133

FECHA (Día Mes Año Hora)	EDAD (Años Meses Días)	SEXO	TALLA (Cms)	PESO (Kgr)	RIESGO ASA
	58	H X M ☐	165	66	(1) 2 3 4 5 U

SERVICIO: Qx | SALA O CUARTO: | No. DE CAMA: | ANESTESIAS PREVIAS:

B - EVALUACION PREANESTESIA

ITEM	F.R.	F.C.	T.A.	H.B	HTO.	GLIC.	BIL.TOT.	BIL.DRT.	PRO.TOT.	ALBUM					TyA PROT	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.M.

DIAGNOSTICO: Cellulitis de [illegible]

OPERACION PROPUESTA: Desbridamiento [illegible]

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASI [illegible]-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

HTA
Endocrino
Anestesico
Convulsivo

NO

Vista

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO IOT SI NO — VIA AEREA N — DIENTES N — CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Rx [illegible]

RESUMEN Y PLAN

TIPO	
BLOQUEO	
PERIDURAL	
ESPINAL	
GENERAL	

[illegible] Dolor

ESTADO PSICOLOGO: Nervioso

NECESITA SANGRE: NO c.c. — PREMEDICACION: NO — FIRMA

D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: Dorsal

REPARACION A / E / C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 100 17 160 15 140 13 120 11 100 9 80 7 60 5 40 3 20 1

HORA: 2000

NAUSEAS	VOMITOS	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACION	OTRAS

HEMORRAGIA: Negra
REFLEJOS: [illegible]
MOTILIDAD: [illegible]

RECUPERACION	Ok
CONCIENCIA	Ok
DIURESIS	Ok
SENSIBILIDAD	Ok
PIEL	roja habitual

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

COMENTARIOS: Ingresa vivo a sala de recuperacion bajo. Consciente alerta y sin complicaciones

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejor

FIRMA

C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No. ____ I NT No. ____

E OT No. ____ E NT No. ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC. FEM.

PVC XXX

T°

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6 775 cms	7 25	8 50
9 140	10 3-5	11 200	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 5-Oct-2023 17:31:3

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /
CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.2 20:10
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 58 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
4913379	MONTEALEGRE ANGEL LUIS	1 NIVEL I	HOBO	CARRERA 5 A N 2 A 02	3177733383

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.22	SO1	OXI01	OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION	MVT	15.00
2023.09.22	SO1	OXI02	OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA	MVT	35.00
2023.09.22	COR	FENTANILO	FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML	MVT	4.00
2023.09.22	ZMD	SEVORANE	SEVORANE 250 ML	MVT	35.00
2023.09.22	BRA	PROPOFOL	PROPOFOL 1% 10 MG/20ML	MVT	16.00
2023.09.22	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MVT	3.00
2023.09.22	3M	ELECTROD	ELECTRODOS DE MONITOREO ADULTOS	MVT	3.00
2023.09.22	BPL	HUMIDIFICA	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	MVT	1.00
2023.09.22	GMR	MASCARAO	MASCARA OXIGENO PEDIATRICA	MVT	1.00
2023.09.22	KR	MASCAFAC	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA # 5	MVT	1.00
2023.09.22	ZMQ	MASCARLA	MASCARA LARINGEA NO. 4	MVT	1.00
2023.09.22	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MVT	200.00
2023.09.22	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MVT	200.00
2023.09.22	PRE	JERINGA	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.22	PRE	JERINGA X	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	MVT	2.00
2023.09.22	DPM	VENDA	VENDA ALGODON 6X5	MVT	1.00
2023.09.22	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	MVT	1.00
2023.09.22	QU	VASELINA	VASELINA X 1 LIBRA FRASCO	MVT	10.00
2023.09.22	ULT	COMPRESA	COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED	MVT	10.00
2023.09.22	PAR	BISTURI 20	HOJA BISTURI # 20 PARAMOUT	MVT	1.00
2023.09.22	PAR	BISTURI 15	HOJA DE BISTURI # 15	MVT	1.00
2023.09.22	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO	MVT	4.00
2023.09.22	EXA	GUANTES	GUANTES EXAMEN TALLA- M	MVT	4.00
2023.09.22	PRE	GUANTE	GUANTE ESTERIL NO. 7.5	MVT	2.00
2023.09.22	PRE	GUANTES	GUANTE ESTERIL NO. 6.5 MEDISPO	MVT	2.00

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** HOSPITALI

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **Nº POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 23 de septiembre de 2023						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
00:00:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	LMS	
00:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	3.00		NOCHE	LMS	
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	LMS	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		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	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		NOCHE	LMS	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	LMS	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	LMS	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	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	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
12:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
12:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
12:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
12:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	2.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
12:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DANI	
12:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	3.00		DIA	DANI	
12:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DANI	
12:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		DIA	DANI	
12:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		DIA	DANI	
18:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
18:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	VACI	
18:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		DIA	VACI	
18:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		DIA	VACI	
18:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	VACI	
20:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
20:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
20:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VACI	
20:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	VACI	
20:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	VACI	
				TOTAL SUMINISTRADO:	53.00	
FECHA DEL CONTROL : domingo, 24 de septiembre de 2023						
00:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	TRIMETROPIN SULFA X 80MG/400MG	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
00:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	2.00		NOCHE	DANI	

PACIENTE: 4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO **EDAD:** 58

DIRECCION: CARRERA 5 A N 2 A 02 **TELEFONO:** 3177733383

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** CIRUGIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-58568 **FECHA SINIESTRO:** 2023.09.01 **Nº POLIZA:** 8087775500

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
00:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
00:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	2.00		NOCHE	DANI	
04:00:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
04:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	DANI	
04:00:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	AMPICILINA +SULBACTAN X1.5G AM	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	DANI	
06:00:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	AGUJA HIPODERMICA # 18 X 1 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
06:00:00	JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2	1.00		NOCHE	DANI	
08:00:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
08:00:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 24.00

LABORATORIO CLINICO
MARIA GICELA RAMIREZ
Cra. 18 No. 6 - 39
Tel (8) 864 3405 Neiva

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

2023-09-23 03:00
2023-09-23 09:17

Orden No. 202309230003

MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO
491337/9
Masculino
58 Años

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
HEMATOLOGIA					
Hemograma IV					
Recuento de Leucocitos	9.60	x 10^3/ul			23/09/2023 03:05
Recuento de Globulos Rojos	4.24	x 10^6/ul		3.50 - 5.50	23/09/2023 03:05
Hemoglobina	13.0	g/dl		11.0 - 15.0	23/09/2023 03:05
Hematocrito	38.0	%		36.0 - 48.0	23/09/2023 03:05
Volumen Corpuscular Medio	89.6	fl.		80.0 - 99.0	23/09/2023 03:05
Hemoglobina Corpuscular Media	30.7	pg		26.0 - 32.0	23/09/2023 03:05
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media	34.3	g/dl		32.0 - 36.0	23/09/2023 03:05
Recuento de Plaquetas	295	x 10^3/ul		150 - 450	23/09/2023 03:05
Neutrofilos %	62.9	%		50.0 - 70.0	23/09/2023 03:05
Linfocitos %	21.2	%		20.0 - 40.0	23/09/2023 03:05
Monocitos %	9.1	%	*	1.0 - 8.0	23/09/2023 03:05
Eosinofilos %	6.70	%		3.00 - 7.00	23/09/2023 03:05
Basofilos %	0.10	%		0.00 - 1.00	23/09/2023 03:05
Neutrofilos #	6.03	x 10^3/ul		2.00 - 7.80	23/09/2023 03:05
Linfositos #	2.03	x 10^3/ul		0.60 - 4.10	23/09/2023 03:05
Monocitos #	0.89	x 10^3/ul		0.10 - 1.80	23/09/2023 03:05
Eosinofilos #	0.64	x 10^3/ul		0.30 - 0.70	23/09/2023 03:05
Basofilos #	0.01	x 10^3/ul		0.00 - 0.10	23/09/2023 03:05
Volumen Plaquetario Medio	7.8	fl.		7.4 - 10.4	23/09/2023 03:05
Ancho de Distribucion Eritrocitaria SD	41.7	fl.		39.0 - 46.0	23/09/2023 03:05
Ancho de Distribucion Eritrocitaria CV	12.5	%		11.5 - 14.5	23/09/2023 03:05
PDW	15.5				23/09/2023 03:05
PCT	0.230	%			23/09/2023 03:05

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP:57106916

BIOQUIMICA					
ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	2.6	g/l	*	3.5 - 5.0	23/09/2023 07:50

Grace Paola Molina Carpintero
Bacteriologa

Copia del informe

20

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

Laboratorio Maria Gicela Ramirez

Orden No. 202309230003

MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO
49133/9
Masculino
58 Años

URGENCIA
CLINICA DE FRACTURAS

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
BIOQUIMICA					
PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	5.8	g/dl	*	6.3 - 8.2	23/09/2023 03:12

DIANA EUGENIA HERNANDEZ
TP.57106916

Copia del informe

19

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 SEPTIEMBRE 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 seis (06) días del mes de octubre de 2023.

C.C. No. 36166856 NEIVA
Gerente

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

18

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : e6da702ccf9714d07a0cf839405898e6d03f4e9ccc6a08001acb903aa09ed5 7484b04fa98b45d5e2a55424955f0f2ef5

Número de Factura: FE-9609
Fecha de Emisión: 06/10/2023
Fecha de Vencimiento: 05/11/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nombre Comercial: I.P.S. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA RAMIREZ MANRIQUE S.A.S.
Nit del Emisor: 900422862
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8691

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CL 18 6 39
Teléfono / Móvil: 8643405
Correo: mgramirezla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA / CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800110181
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Huila
Municipio / Ciudad: Neiva
Dirección: CALLE 18 6 65
Teléfono / Móvil: 8756349
Correo: radica.ortopedia@hotmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1		SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADO	NIU	1,00	$ 8.909.010,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 8.909.010,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENIFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2023 (21 AL 30)
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-10-06 08:56:31
Documento generado el: 2023-10-06 08:56:30
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	8.909.010,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total bruto factura	8.909.010,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	8.909.010,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	8.909.010,00

Valores Informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056129609 Rango desde: 9501 Rango hasta: 50000 Vigencia: 2024-09-15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE OCHO MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL DIEZ PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($8,909.010.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (DEL 21 AL 30).

Orden	Historia	Edad	Nombre	Género
9210001	1004344420	20 Años	HERMOSA OLIVEROS ANGELICA	
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	902210		Hemograma IV	32,100
9210003	1075250531	32 Años	TRUJILLO DUSSAN MARIA ISABEL	
	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	21,700
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
9210006	1077869927	28 Años	ESCOBAR EMBUS CRISTIAN ALONSO	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9210051	1073699596	30 Años	NUÑES GOMEZ JESUS ALBERTO	
	799		PARCIAL DE ORINA	20,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
9210054	1102682643	31 Años	MENDEZ BARRIOS CANDELARIO	
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
	902210		Hemograma IV	32,100
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
9210056	7727874	44 Años	QUINTERO LOZADA YHON JAVIER	
	1002		BILIRRUBINA DIRECTA	13,500
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
	903805		AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	25,100
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	1001		BILIRRUBINA TOTAL	17,400
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	906808		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	902210		Hemograma IV	32,100
	903867		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO	33,600
	903866		TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO	33,600
9210056	1083830554	30 Años	AGUILLAR FALLA JESUS DAVID	
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9220001	1077720736	19 Años	GRISALES PASCUAS HARLAN	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	906808		TROPONINA CUANTITATIVA	99,000
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
	903895		CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
	903856		NITROGENO UREICO	15,500
	902045		TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9220002	1075315368	24 Años	LOPEZ MURCIA SEBASTIAN	
	902210		Hemograma IV	32,100
9220007	1075289910	28 Años	OTALORA SILVA JEAN CARLOS	
	902210		Hemograma IV	32,100
	902049		TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
	903841		GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE OCHO MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL DIEZ PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($8,909,010.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (DEL 21 AL 30).

			903856	NITROGENO UREICO	15,500
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
9220009	03221347	52 Años		LUGO QUIMBAYA FARID	
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			902210	Hemograma IV	32,100
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
9220021	4945104	45 Años		VANEGAS HOLLMAN	
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902210	Hemograma IV	32,100
9220031	55165669	52 Años		REYES CORTES PIEDAD	
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
			903856	NITROGENO UREICO	15,500
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902210	Hemograma IV	32,100
9220038	1077721572	18 Años		KOPP FIGUEROA ISAAC	
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902210	Hemograma IV	32,100
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			903856	NITROGENO UREICO	15,500
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9220039	1110456650	36 Años		RUBIO GUILOMBO YOR YANY	
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			903856	NITROGENO UREICO	15,500
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902210	Hemograma IV	32,100
9220040	1076316510	24 Años		RIVERA VILLA PAULA JHIMAR	
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902210	Hemograma IV	32,100
9230001	83169811	39 Años		ROA TACUMA JOSE LUIS	
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
			903856	NITROGENO UREICO	15,500
			902210	Hemograma IV	32,100
9230002	1007383861	26 Años		TIERRADENTRO GUTIERREZ JHON JAIRO	
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			902210	Hemograma IV	32,100
9230003	4913379	58 Años		MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO	
			902210	Hemograma IV	32,100
			903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	13,100
			903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	13,100
9230004	1004416383	21 Años		SUAZA LOSADA JONANTAN	
			902210	Hemograma IV	32,100
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9230013	10770874	42 Años		LOPEZ ALVAREZ ENDER JESUS	
			902210	Hemograma IV	32,100
			903856	NITROGENO UREICO	15,500
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9230014	1110456650	36 Años		RUBIO GUILOMBO YOR YANY	
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9240001	83243511	41 Años		GOMEZ VELASQUEZ JUAN PABLO	
			902210	Hemograma IV	32,100
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

DEBE A

IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ

NIT.900.422.862-8

LA SUMA DE OCHO MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL DIEZ PESOS PESOS MONEDA CORRIENTE (MCTE) ($8,909.010.00)

POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO PRESTADOS A SUS BENEFICIARIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023 (DEL 21 AL 30).

			902210	Hemograma IV	32,100
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
9300024	12224572		72 Años	RIVERA MARIN CARLOS	
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902210	Hemograma IV	32,100
			903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
9300038	1077232587		13 Años	CORTES CORTES KAVIN ALEJANDRO	
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			902210	Hemograma IV	32,100
			903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
9300040	12112069		65 Años	SANCHEZ AURELIANO	
			902210	Hemograma IV	32,100
			902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	45,600
			903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	21,700
			903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19,300
			902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	46,800
			903856	NITROGENO UREICO	15,500
				SUBTOTAL	9,898,900
				MENOS EL 10%	989,890
				TOTAL	8,909,010

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167316

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167316 **Fecha** 2023/09/25

Nombre Paciente: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO - 4913379 **Edad:** 58 **Sexo:** M

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. T243-QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Via
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 10:29H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON UN POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESSION SUPERFICIAL MAS DEL 5% AREA CORPORAL, TRATAMIENTO DE QUEMEDURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15 % , CON ORDEN DE CURACION DIAS POR 20 DIAS

10:30H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,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 CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA EN ZONA CENTRAL Y EN REGION LATERAL DE LA HERIDA SE QUEDA CON GASAS IMPREGNADAS CON RIFICINA SE DEJA VANDAJE ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

10:50H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Adriana Molina
QUIEN REALIZA

Luis Alfredo Montealegre. A
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 5-Oct-2023 17:32:5

ENTIDAD RESPONSABLE AT15) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS EVENTO **MOTIVO** 04 PROCEDIMIENTOS

CONTRATO/PLAN **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2023.09.2 10:29
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 58 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS 1 NIVEL I HOBO CARRERA 5 A N 2 A 02 3177733383

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.25	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2023.09.25	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2023.09.25	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	2.00
2023.09.25	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2023.09.25	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00
2023.09.25	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	ADM	2.00
2023.09.25	KE	BAJALENG	BAJALENGUAS	ADM	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167379

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167379 **Fecha** 2023/09/26

Nombre Paciente: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO - 4913379 **Edad:** 58 **Sexo:** M

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:
1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Diagn¾sticos Definitivos:
1. T243-QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 07:32H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON UN POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL MAS DEL 5% AREA CORPORAL, TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15%, CON ORDEN DE CURACION DIARIAS POR 20 DIAS.

07:33H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,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 CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA EN ZONA CENTRAL Y EN REGION LATERAL DE LA HERIDA SE DEJA CON GASAS IMPREGNADAS CON RIFICINA SE DEJA VENDAJE ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

07:55H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Adriana Molina
QUIEN REALIZA

Luis alfredo Montealegre. FA
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 5-Oct-2023 17:33:0

ENTIDAD RESPONSABLE AT15)	**TIPO CONTRATO**	**ANEXO1**	**VIA INGRESO** AMBULATORIA		
860028415 LA EQUIDAD SEGUROS	EVENTO		**MOTIVO** 43 CURACIONES		
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**EDAD**	**ANEXO2:**	**Fecha Ingreso:** 2023.09.2	07:32
001 0 SOAT 50% DESC	OTRO REGIMEN	58 Años		**Fecha Egreso :**	
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE	**ESTRATO:**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**TELEFONO**	
4913379 MONTEALEGRE ANGEL LUIS	1 NIVEL I	HOBO	CARRERA 5 A N 2 A 02	3177733383	

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.26	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2023.09.26	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2023.09.26	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2023.09.26	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2023.09.26	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	2.00
2023.09.26	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	ADM	2.00
2023.09.26	KE	BAJALENG	BAJALENGUAS	ADM	1.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 167467

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -167467 **Fecha** 2023/09/28

Nombre Paciente: MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO - 4913379 **Edad:** 58 **Sexo:** M

Quien Realiza: ADM- ADRIANA MOLINA RAMOS **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

Diagn¾sticos Previos:

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
3. T302-QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
4. S700-CONTUSION DE LA CADERA

Diagn¾sticos Definitivos:

1. T243-QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

C¾digo	Descripci¾n	MÚdico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	ADM	-

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: 07:03H// INGRESA USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON PROCEDENTE D CASA CON UN POP DE DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL MAS DEL 5% AREA CORPORAL, TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15% ORDEN DE CURACION DIARIAS POR 20 DIAS

07:04H// POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y EN SALA DE CURACIONES, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EN PROCESO DE CICATRIZACION SE RETIRA AREA NECROTICA QUEDANDO AREA CRUENTA, EN EL FONDO CON TEJIDO DE GRANULACION, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SALIDA DE SECRECION, CON FORMA REGULAR, SIN BORDES NECROTICOS, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA RETIRO DE TEGIDO NECROTICO ,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 CUBIERTO CON GASA IMPREGNADAS CON VASELINA EN ZONA CENTRAL Y EN LATERALES CON GASAS IMPREGNADAS CON RIFOCINA SE DEJA VANDAJE ELASTICO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

07:20H// EGRESA USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE ALERTA AFEBRIL

Adriana Molina
QUIEN REALIZA

Luis Alfredo Montealegre. A
FIRMA DE PACIENTE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 5-Oct-2023 17:33:1

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:** 2023.09.2 07:03
001 0 SOAT 50% DESC OTRO REGIMEN 58 Años **Fecha Egreso :**

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		ESTRATO:	MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
4913379	MONTEALEGRE ANGEL LUIS	1 NIVEL I	HOBO	CARRERA 5 A N 2 A 02	3177733383

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2023.09.28	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	ADM	10.00
2023.09.28	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	ADM	10.00
2023.09.28	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	ADM	1.00
2023.09.28	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	ADM	6.00
2023.09.28	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	ADM	1.00
2023.09.28	KE	BAJALENG	BAJALENGUAS	ADM	1.00
2023.09.28	DPM	VENDA	VENDA ELASTICA 6X5	ADM	2.00

ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA
NIT. 813011515-8
CALLE 6 N 947 (Tel:8384053)

Remisiones
202309010007 - 1

SIH-1/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 01 MES 09 AÑO 2023 Autorización: XXXXXXXXXXX
No. de Historia Clínica CC4913379
Sede ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO HUILA Código 413490048401
Institución a la que se remite Código 0

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
LUIS ALFREDO	MONTEALEGRE	ANGEL	M F

Documento Identidad C.C. T.I. R.C. No. 4913379
Dirección CARRERA 5 A # 2A-03 KENNEDY Teléfono 3177733383 Edad 58 Ano(s)
Municipio HOBO Departamento Huila Urbano X Rural
Lugar y Fecha de Nacimiento - 20/12/1964
Estado Civil NO APLICA

REGIMEN

Contributivo Subsidiado Vinculado SOAT Particular Otro
Nombre Aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES SOAT

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso: D 01 M 09 A 2023
Fecha de Egreso: D 01 M 09 A 2023

Servicio que Remite		Especialidad
Urgencias	X	MEDICINA GENERAL
Consulta Externa		
Hospitalización		
Otro		

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite		Especialidad
Remisión	X	Urgencias		
Interconsulta		Consulta Externa		
Orden de Servicio		Hospitalización		
Apoyo Tecnológico		Otro	CIRUGIA	CIRUGIA

Motivo de Remisión

Nivel de Competencia	X
No hay Recurso Humano	
No hay Equipo	
Petición Voluntaria	
Otro	

Médico que Remite

Nombre ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIGUEZ
Firma y Sello Antonio Espinoza R. MEDICO UNIVERSIDAD RM 8507987
C.C 8507987
Registro Médico 08-4608

CUADRO CLINICO DE +/- 20 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS AL DEAMBULAR, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGLOW 15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, ALGIDO, QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO, QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE INGRESA PARA MANEJO DEL DOLOR, DEL AREA AFECTADA Y COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA

Nivel de Competencia

	1	2	3	4
Nivel que Remite	X			
Nivel al que se Remite	X			

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 08:31 Hora 08 Minutos 31

Nombre de la persona que solicita la Remisión

ANTONIO RAFAEL ESPINOZA RODRIG.(MEDICINA)

Hora Confirmación 08:31 Hora 08 Minutos 31

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos de llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora _____ Minutos _____

Nombre del Conductor _____ No. Placa Ambulancia _____

Diagnóstico Presuntivo

	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE MOTOR DE DOS O TRES RUEDAS:	V229
MOTOCICLISTA NO ESPECIFICADO, LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	T242
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	R520
DOLOR AGUDO	

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE +/- 1 HORA Y MEDIA DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLÑO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ALDEAMBULAR COMENTA QUE SE TRANSPORTABA EN MOTO DE PLACAS Nº PHN68C MARCA YAMAHA MODELO 2013 EN CALIDAD DE PASAJERO Y PERDIERON EL EQUILIBRIO AL TROPEZAR CON UNA PIEDRA EN LA VIA NEIVA - GARZON KILOMETRO 60, ANTECEDENTES DE INTERES HTA EN MANEJO MEDICO, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA, SE REALIZO ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA AL INGRESO DE LA INSTITUCION SOBRE SINTOMAS DE COVID- 19, CONTACTO CON PACIENTE SOSPECHOS O CONFIRMADOS DE COVID- 19 Y LA REALIZACION DE VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS QUIEN ?NIEGA?

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
120/80	80	36.20	20	172.0	76.00	

Hallazgos del Examen Físico

SENSORIO: DOLOR EN EL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA TEGUMENTARIO: QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO ALGIDO **Cabeza:**Normal - **Cuello:**Normal - **Torax:**Normal - **Abdomen:**Normal - **G/U:**Normal - **Extremidades:**Anormal QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO - **Neurológico:**Normal - **Nariz:**Normal - **Oidos:**Normal - **Boca:**Normal - **Ojos:**Normal - **Piel:**Anormal QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA CON APROXIMADAMENTE 5 % DE EXTENSION CORPORAL - **Ano:**Normal - **Osteomuscular:**Anormal LIMITACION A LA DEAMBULACION

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

CUADRO CLINICO DE +/- 20 MINUTOS DE EVOLUCION CARECTERIZADO POR QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLÑO DE LA PIERNA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO DE 10/10 SEGUN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR LIMITACION DE LOS MOVIMIENTOS ALDEAMBULAR, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, GLASGOW 15/15, SCORT NEWS 2 ESCALA 2 SIN RIESGO, ALGIDO, QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, DOLOR INTENSO, QUEMADURA EN LA PIEL DEL MUSLO DE LA PIERNA IZQUIERDA, LIMITACION A LA DEAMBULACION, SE INGRESA PARA MANEJO DEL DOLOR, DEL AREA AFECTADA Y COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA, LA VALORACION SE REALIZA SEGÚN LAS RECOMEDACIOENS DE LA OMS, CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA INFECCION POR SARS-COV-2/COVID 19 Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECION SOCIAL, CON EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECION PERSONAL SE ATIENDE CON MEIDDAS DE BIOSEGURIDAD (EPP), TAPABOCAS N95, CARETA, TRAJE ANTIFLUIDOS, MONOGAFAS, GUANTES, POLAINAS), SUMINISTRADO POR LA ESE, HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DEL HOBO - HUILA, TAMBIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE PARA EVITAR EL SARS-COV-2/COVID 19.

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE MOTOR DE DOS O TRES RUEDAS:	V229
MOTOCICLISTA NO ESPECIFICADO, LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO	T249
QUEMADURA DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	T2520
DOLOR AGUDO	

Observaciones o Sugerencias

1. COMENTAR A NIVEL DE COMPLEJIDADA PARA VALORACION, ESTUDIOS DE EXTENSIO Y MANEJO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL V/S PLASTICA 2. LEV: HARTMAN 500 CC CC EN BOLO Y CONTINUAR A 60 CC / HORA 3. DIPIRONA 2 GR IV / AHORA DILUIDA Y PASAR LENTO 4. AMPICILINA 2 GR IV / AHORA DILUIDA Y PASAR LENTO 5. TOXOIDE TETANICO 1 AMP IM / AHORA 6. LIMPIAR AREA AFECTADA 7. VIGILAR ESTADO DEL DOLOR 8. CONTROL DE LIQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS 9. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Impreso por:

Mayerly Rojas

MAYERLY ROJAS CORDOBA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	4913379
NOMBRES	LUIS ALFREDO
APELLIDOS	MONTEALEGRE ANGEL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	HOBO

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	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/05/2023 17:38:17	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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1004416159
NOMBRES	ROBERTO ANDRES
APELLIDOS	BERNAL SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/05/2023 17:38:44	**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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

RUNT

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:	**PHN68C**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10004070853**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**YAMAHA**	LÍNEA:	**FZ16**
MODELO:	**2013**	COLOR:	**AZUL BLANCO**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**45D3024458**
NÚMERO DE CHASIS:	**9FKKG0340D2024458**	NÚMERO DE VIN:	**9FKKG0340D2024458**
CILINDRAJE:	**153**	TIPO DE CARROCERÍA:	**TURISMO**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**22/08/2012**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**STRIA TTOyTTE MCPAL PRADERA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**SI**
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
8087775500	26/09/2022	27/09/2022	26/09/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
1408004142207000	10/09/2021	11/09/2021	10/09/2022	121	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
13907700007510	04/09/2020	06/09/2020	05/09/2021	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
8038248600	05/09/2019	06/09/2019	05/09/2020	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	NO VIGENTE
8010405800	24/08/2018	25/08/2018	24/08/2019	120	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: 2024/01/22

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-FEC1-54639 fechada el dia 23.11.22 cuyo paciente es MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

HISTORIA No. 4913379

GLOSA No: ZGL-1-42969 **SINIESTRO:** 54639

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 21000.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 21000.00
DOCUMENTO ANEXO:

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 ARTI 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 plasma, bolsas colectoras de fluídos 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. Asi 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.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

Recibido! 25 de Enero del 2024 20239240

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: 2024/01/22

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-FEC1-54639 fechada el dia 23.11.22 cuyo paciente es MONTEALEGRE ANGEL LUIS ALFREDO

HISTORIA No. 4913379

GLOSA No: ZGL-1-42969 **SINIESTRO:** 54639

>> ITEM GLOSADO 1: GLO-000005-

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 21000.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
107
MEDICAMENTOS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 21000.00
DOCUMENTO ANEXO:

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 plasma, bolsas colectoras de fluídos 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. Asi 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.

>> ITEM GLOSADO 2: SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

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:**
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, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequírurgica 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 3: 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, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequírurgica 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: SO1-39103- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 71300.00

JUSTIFICACION:
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 71300.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. NO

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:
ES INHERENTE YA QUE EL PACIENTE TENIA TEJIDOS DESVITALIZADO(NECROTICO, DAÑADO) POR LO QUE FUE NECESARIO REALIZARLE EL DESBRIDAMIENTO, CABE DE ANOTAR QUE LA DERMOABRACION ES LIMPIAR LA PIEL (QUITARLE TATUAJE DE PAVIMENTO). POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE

>> ITEM GLOSADO 5: SO1-15102- DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5%

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 109000.00

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL: **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 109000.00

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE QUE LA AUDITORIAS LAS HAGA UNA PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTOS MEDICOS Y QUE SE BASEN EN EL DECRETO 2423/96 PARA NO GENERAR ESTE TIPO DE OBJECIONES QUE SOLO RETRASAN EL PAGO DE LA FACTURA. NO ES INHERENTE YA QUE EL PACIENTE TENIA TEJIDOS DESVITALIZADO(NECROTICO, DAÑADO) POR LO QUE FUE NECESARIO REALIZARLE EL DESBRIDAMIENTO, CABE DE ANOTAR QUE LA DERMOABRACION ES LIMPIAR LA PIEL (QUITARLE TATUAJE DE PAVIMENTO). POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	3,339,308.00
VALOR GLOSADO :	311500.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	311500.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20228992	**No.**	179842	**Siniestro**	90721224	**No. Factura**	FEC154639		
Amparo	1	Gastos médicos	**Fecha siniestro**	01/09/2023	**Fecha aviso**	13/10/2023	**Fecha recepción**	27/12/2023	
Fecha formalización	27/12/2023	**Fecha liquidación**	15/01/2024	**Póliza**	808777550	**Vigencia**	27/09/2022	**hast**	26/09/2023
Id tomador	12325443	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	4913379	**Nombre**	LUIS ALFREDO MONTEALEGRE ANGEL						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S701					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
1	39137	CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	55,100	55,100	0
1	39139	CONSULTA PREANESTÉSICA	NO SE RECONOCE 39137 Y 39139 POR SER PACIENTE QUIRÚRGICO (ARTÍCULO 48 PARÁGRAFO 1).	100%	55,100	55,100	0
3	39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES		100%	79,200	0	79,200
1	19036	ALBÚMINA		100%	12,600	0	12,600
1	19304	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		100%	30,900	0	30,900
1	19816	PROTEÍNAS TOTALES, EN SUERO Y OTROS FLUÍDOS		100%	12,600	0	12,600
1	15102	DESBRIDAMIENTO POR LESIÓN SUPERFICIAL, MÁS DEL 5% ÁREA CORPORAL	NO SE RECONOCE 15102 TENIENDO EN CUENTA QUE CORRESPONDE A LA PREPARACIÓN DE LA ZONA DE ABORDAJE, NO FACTURABLE.	50%	109,000	109,000	0
1	39103	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 05	NO SE RECONOCE 15102 TENIENDO EN CUENTA QUE CORRESPONDE A LA PREPARACIÓN DE LA ZONA DE ABORDAJE, NO FACTURABLE.	50%	71,300	71,300	0
1	77702	INSUMOS	NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5). NO SE RECONOCEN VENDAS INCLUIDAS EN MATERIALES DE SALA (ARTÍCULO 55 PARÁGRAFO 5).		119,200	21,000	98,200
1	15161	TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN ÁREA GENERAL DE 6 A 15% (TRATAMIENTO TOTAL)		100%	388,500	0	388,500
1	39106	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGOGRUPO 08		100%	229,400	0	229,400
1	39119	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 08		100%	101,800	0	101,800
1	39210	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA GRUPO 08		100%	688,800	0	688,800
1	39303	MATERIALES DE SUTURA,CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS GRUPOS 07 - 08 - 09		100%	369,000	0	369,000
2	38122	HABITACIÓN BIPERSONAL		100%	625,200	0	625,200
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	391,608	0	391,608

1001	**Cobrado**	**3,339,308**
1002	**Obj. Parcial**	**311,500**
1003	**Liquidado**	**3,027,808**

RECIBIDO 17 ENE 2024

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
SARA.CONTRERAS			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 ,2023.11.29	16:24:56	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54901

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 168029
CONTRATO/PLAN REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT OTRO REGIMEN 2023.10.07 - 18:42 2023.10.08 - 14:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1082804236 CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA EDAD : 15 Años
DIRECCION: LA PORTADA TELLO TELEFONO: 3114669989
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											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21701	CRANEO SIMPLE	2023.10.07	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.10.07	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	2023.10.07	879201		MJJ				1	579,800	579,800
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.10.08	890402		JCO				1	71,300	71,300
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.07	890701		MJJ				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	2,300,258	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,300,258

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.29 04:27:51 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
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR:
Autorizacion de facturacion de la Dian: 18
Modalidad ELECTRONICA
Cufe: 044a18c71d8d305733541d5b60681dfd084be886e4d13
Software: GEMA. Fabricante: Inteligencia
Representacion Grafica de Factura Electronica de Venta

CODIGO DE COMERCIO
00.110.181-9
una vigencia de: 12 Meses
0000 AUTORIZA
8dc4a7d35b1d4
UJILLO Nit. 93.355.451 - 0
KA COLOMBIA S. A. S Nit. 900.390.126 - 6

equidad seguros

Recibido!
27 de Diciembre del 2023
20228994

10

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:14:21 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. FEC154901

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
044a18c71d8d305733541d5b60681dfd084be886e4d13a03da2555adce1ee3fc1f257bdf21f9daaa5dc8dc4a7d35bfd4

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT:
800110181

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:
2300258

DIVISA:
COP

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

NIT:
860028415

FORMA DE PAGO:
A CRÉDITO

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA.
2023-12-29 UTC-5

VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:
f1be64e58e58a00aeeb97568465964ef6383b864bd82341fbb54451b1807350ac8e8d20efed84d344ffb4a0d7eadd267

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 04:27:51.000 UTC-5

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:
Unidad Especial DirecciÃ³n 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

DIAN

Impreso el 4 de 09 de 2024 a las 08:14:21 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. FEC154901

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
044a18c71d8d305733541d5b60681dfd084be886e4d13a03da2555adce1ee3fc1f257bdf21f9daaa5dc8dc4a7d35bfd4

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

CUDE:
452d3f496a0a351976775bcfd04f16c5bd390fc426fa37a5d5efc134560530d5fb29707466582acf36392818632f39da

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-29 09:34:52.000 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:
fbbce554e37827a63d8c78cc732f19ecc92ef0c7e565bc28715ea4df06b49b73cd481f2f082835204f40ec6cd0bb2660

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:19:48.000 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

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. FEC154901

Fecha de generación de la factura electrónica de venta: (fecha de la firma electrónica):
2023-11-29 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:
TÍTULO VALOR

CUFE:
044a18c71d8d305733541d5b60681dfd084be886e4d13a03da2555adce1ee3fc1f257bdf21f9daaa5dc8dc4a7d35bfd4

EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta

CUDE:
8df7725303b8f717ef6435f064f3cba798b126227b2186b5c5f82cbab8b470ac4f3a10df6f77bcce5d86847f21f55f15

FECHA DE VALIDACIÓN:
2023-11-30 08:19:55.000 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: 9/4/2024 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ

850

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 ,2023.11.29	16:24:56	2023.12.29

Factura Electronica de Venta
FEC1 - 54901

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 168029
CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO
001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | 2023.10.07 - 18:42 | 2023.10.08 - 14:53

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE
DOCUMENTO: TI - 1082804236 CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA EDAD : 15 Años
DIRECCION: LA PORTADA TELLO TELEFONO: 3114669989
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											
452302	EQUIPO MACROGOTEO								1	4,800	4,800
010101	GUANTES EXAMEN TALLA- M								4	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								3	500	1,500
MEDICAMENTOS											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								2	4,892	9,784
19932754	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER								3	3,758	11,274
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								3	2,500	7,500
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600
IMAGENES DX											
21701	CRANEO SIMPLE	2023.10.07	879111		MJJ				1	622,600	622,600
21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	2023.10.07	879131		MJJ				1	683,300	683,300
21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	2023.10.07	879201		MJJ				1	579,800	579,800
OTROS											
39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	2023.10.08	890402		JCO				1	71,300	71,300
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2023.10.07	890701		MJJ				1	73,400	73,400

VALOR BRUTO:	2,300,258	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR $	2,300,258

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

Fecha/Hora validacion DIAN 2023.11.29 04:27:51 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: 044a18c71d8d305733541d5b60681dfd084be886e4d13a03da2555adce1ee3fc1f257bdf21f9daaa5dc8dc4a7d35bfd4

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

10

FACTURA:	54901
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.181 - 9	
ABONO	$ 1,037,158
GLOSA ACEPTADA	$ -
SALDO	$ 1,263,100
	
CARTERA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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 Radicaci¾n: 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- 54901

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	2do.Apellido
CHARRY	VILLALBA

1er.Nombre	2do.Nombre
DANNA	SOFIA

Tipo de Documento: CC CE PA TI [X] RC AS MS PT

No. Documento: 1082804236

De: 41799 Fecha de Nacimiento: 2008/10/15 Sexo: F M

Direcci¾n: LA PORTADA

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3114669989

Municipio: TELLO Cod. 799

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	[ ]	Huracßn [ ]
	Inundaciones	[ ]	Avalancha	[ ]	Desliz. de Tierra	[ ]	Incendio Natural [ ]
Terroristas:	Explosi¾n	[ ]	Masacre	[ ]	Mina Antipersonal	[ ]	Combate [ ]
	Incendio	[ ]	Ataques a Municipios	[ ]	Desplazados	[ ]	

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: CR 6 CON CLL 5

Fecha Evento/Accidente: 2023/10/7 Hora: 14:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TELLO Cod. 799 Zona: U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KGV04G COLSIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: VICTORY Placa: RGV04G

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1501 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 8093084300 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 2022/11/12 Hasta: 2023/11/11

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
VILLALBA	CASTAÑEDA

1er.Nombre	2do.Nombre
EDID	YANIBA

Documento de identidad: CC [X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 26552406

Direccion: LA PORTADA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: TELLO Cod. 799 Telefono: 3144239426 Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 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

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

1er.Apellido	2do.Apellido
CHARRY	VILLALBA

1er.Nombre	2do.Nombre
MELANY	ALEXANDRA

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1082802555

Direcci¾n: LA PORTADA

Departamento: HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3144239426

Municipio: TELLO **Cod.** 799

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

Fecha de Remisi¾n: 2023/10/7 a las 16:05

Prestador que remite: ESE CENTRO DE SALUD MIGUEL BARRETO LOPEZ DE TELLO **C¾digo de inscripci¾n:** 417990053001

Direccion: CARRERA 6 No. 4-56 **Telefono:** 8784008 HUILA-TELLO

Profesional que Remite: BIBIANA AVILA LASSO **Cargo:** MEDICO GENERAL

Fecha de Aceptaci¾n: 2023/10/7 a las 16:20

Prestador que recibe: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

Direccion: CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

Profesional que recibe: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY **Cargo:** MEDICO GENERAL

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente 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 Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

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

Fecha de ingreso: 2023/10/7 **a las** 18:42 **Fecha de Egreso:** 2023/10/8 **a las** 14:53

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S109 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S109 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO

1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante
JESUS	ANTONIO

1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante
MINDIOLA	JOLY

Tipo Documento CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1118849376

N·mero de Registro de MÚdico 1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2300258	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 descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

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. 60209

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA

DOC.IDENT: TI 1082804236 SEXO: INDETERMINAD DIRECCION: LA PORTADA
FCHA.NACTO: 2008.10.15 EDAD: 15 A CIUDAD: TELLO TEL: 3114669989
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2023.10.07 HORA DE INGRESO: 18:42
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 2023.10.08 HORA DE EGRESO: 14:53
ENTIDAD RESPONSABLE: - LA EQUIDAD SEGUROS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CONFIRMADO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S109 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA

** DEL INGRESO

*** FECHA: 23.10.07-19:04:19 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 KGV04G COLSIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION REALIZADA A LAS 18+40
INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE TELLO-HUILA, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMATISMOS, CON AMNESIA DEL VENTO Y CEFALEA 8/10 , 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: 130/70 FC: 84 FR: 20 TEMP: 36.1 TALLA: 160 PESO: 65 IMC: 25 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

** EXASMEN FISICO:
<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, CONUJTIVAS ANICTERICAS, DOLOR A LA PALPACION DE REGION OCCIPITAL, HEMATOMASUBBGALEAL SUBSECUENTE, DOLOR A LA PALPACION DEL MACIZO FACIAL.
<<CUELLO>>
CON DOLOR A LA MOVILIDAD CERVICAL
<<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

10

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

EPICRISIS No. 60209

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA

DOC.IDENT:	TI 1082804236	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	LA PORTADA		
FCHA.NACTO:	2008.10.15	EDAD:	15 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3114669989
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

<<PELVIS>>
ESTABLE, NO DOLOROSA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: NO DEFICT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.
<<NEUROLOGICO>>
PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15, CEFALEA HOLOCRANEANA DE INTENSIDAD 8/10.
<<PIEL>>
NORMAL
<<FANERAS>>
NORMAL

** EXAMENES DIAGNOSTICOS:
TAC DE CARA
TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE COLUMNA CERVICAL

** PLAN DE MANEJO:
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGIA QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS , POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, VALORACION ESPECIALIZADA Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

PLAN
- DEJAR EN OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- DIETA NORMAL
- SS/ VALORACION POR NEUROCIRUGIA.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- MEDIDAS ANTIESCARAS
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

**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: 6, 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

** DE LA EVOLUCION

*** FECHA: 23.10.07-23:57:01 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

** RESULTADO EXAMENES DIAGNOSTICOS:

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

EPICRISIS No. 60209

**** D E L A I D E N T I F I C A C I O N ****

PACIENTE: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA

DOC.IDENT:	TI 1082804236	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	LA PORTADA		
FCHA.NACTO:	2008.10.15	EDAD:	15 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3114669989
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

**TAC CEREBRAL SIMPLE: NO LESIONES HEMORRAGICAS, VENTRICULOS Y CISTERNAS DE LA BASE LIBRES, LINEA MEDIA PRESERVADA, SIN DESVIACIONES, NO TRAZOS DE FRACTURA

**TAC DE COLUMNA CERVICAL: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA, NO SIGNOS DE LUXACION, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS.

PENDIENTE REPORTE OFICIAL.

**TAC DE CARA: NO TRAZOS APARENTES DE FRACTURA

***** FECHA: 23.10.08-05:19:39 MEDICO: / (DR(A). SAP - SERGIO ANDRES PERDOMO VARGAS - C.C. 1075287614 - REG. MEDICO: 1075287614 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
NOTA 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: 108/62 MMHG, FR: 19 RPM, T: 36.8°C, FC: 88 LPM, SATO2: 98% AL AMBIENTE, GLASGOW 15/15. SIN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN SISTÉMICOS, NO DETERIORO NEUROLÓGICO O CLÍNICO, AFEBRIL, DIURESIS PRESENTE A VOLUNTAD. TIENE PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, POR EL MOMENTO SE CONTINÚA MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA, SE COMENTA CON PACIENTE Y FAMILIAR MAYOR DE EDAD CONDUCTA MEDICA Y CONDICION CLINICA ACTUAL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
CONTINUAR MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

***** FECHA: 23.10.08-11:23:35 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 DIA DE AYER, AL CHOCAR VEHICULO EN QUE SE MOVILIZABA (MOTO) , ACOMPAÑADO DE PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, POSTERIORMENTE CEFALEA, VALORADO POR PERSONAL PARAMEDICO QUE TRAE A NUESTRA INSTITUCION
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ESCORIACIONES EN CARA Y EXTREMIDADES
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: 23.10.08-14:52:06 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)***

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

** EVOLUCION:
PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TRAUMA DESCRITO, SE REVISA ESTUDIO IMAGENOLOGICO IMPRESIONANDO DENTRO DE LIMITES NORMALES, CLINICAMENTE CON MEJORIA SINTOMATICA, VALORADA POR ESPECIALIDADES, SE BRINDA MANEJO

17

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

EPICRISIS No. 60209

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA

DOC.IDENT:	TI 1082804236	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	LA PORTADA		
FCHA.NACTO:	2008.10.15	EDAD:	15 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3114669989
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

MEDICO,SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO EN CASA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
SE ENTREGA FOLLETO INSTITUCION DE RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

** PLAN DE MANEJO:

** ORDENES MEDICAS:

SOLICITAR CON ANTELACION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON EL DR ORTIZ
MEDIOS DE AGENDAMIENTO DE CITA. TEL: 6088756349- 6088753436, WHATSAPP: 3168766202, O PRESENCIAL DE 8 AM A 12 PM.

RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA:
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...).
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: 1 TAB VO CADA 6 HORAS., DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: 1 TAB VO CADA 8 HORAS., DURACION TRATAM: 7, VIA: ORAL

** DEL EGRESO

*** FECHA: 23.10.08-14:53:48 MEDICO: / (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG. MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)*

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

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

EPICRISIS No. 60209

** D E L A I D E N T I F I C A C I O N **

PACIENTE: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA

DOC.IDENT:	TI 1082804236	SEXO:	INDETERMINAD	DIRECCION:	LA PORTADA		
FCHA.NACTO:	2008.10.15	EDAD:	15 A	CIUDAD:	TELLO	TEL:	3114669989
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	A+				

** PLAN DE MANEJO:
>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2023.10.08-14:53:19 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
RELACIONADO 1: S109 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA		

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

RM. 1118849376
MÉDICO GENERAL

DR@. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY
REG. MED: 1118849376

PACIENTE: 1082804236 CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA **EDAD:** 15

DIRECCION: LA PORTADA **TELEFONO:** 3114669989

ENTIDAD: AT1501 LA EQUIDAD SEGUROS **AREA SERV.:** URGENCIA

Nº SINIESTRO: ZSI-1-59345 **FECHA SINIESTRO:** 2023.10.07 **Nº POLIZA:** 8093084300

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : sábado, 7 de octubre de 2023						
19:05:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
19:05:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
19:05:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
19:05:00	EQUIPO MACROGOTEO	1.00		NOCHE	MLD	
19:05:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
19:05:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	

TOTAL SUMINISTRADO: 6.00

FECHA DEL CONTROL : domingo, 8 de octubre de 2023						
03:05:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:05:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	MLD	
03:05:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		NOCHE	MLD	
03:05:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		NOCHE	MLD	
07:05:00	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
07:05:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	DIS1	
11:05:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
11:05:00	CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA	1.00	INTRAVENOSA	DIA	DIS1	
11:05:00	GUANTES EXAMEN TALLA- M	1.00		DIA	DIS1	
11:05:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	DIS1	

TOTAL SUMINISTRADO: 10.00

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA No. Identif. 1082804236 Edad. 14

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS Fecha: 2023.10.08

FORMULA MEDICA

* ACETAMINOFEN 500 MG	Cant.: 20.00	1 TAB VO CADA 6 HORAS.
* IBUPROFENO 400 MG TAB	Cant.: 20.00	1 TAB VO CADA 8 HORAS.

RM. 1118[illegible]370
MÉDICO CIRUJANO

MEDICO | FARMACIA | PACIENTE

Edad Villalba

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.: 140 - 1 -196074

FECHA EMISION:	2023.10.08
HORA:	15:01:48
PAGINA No:	1

USUARIO: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA
FECHA DE PEDIDO: 2023/10/8
DOC.IDENT: TI 1082804236 CAMA: -
ORIGEN:
ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS
MEDICO: Dr. JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

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

Recibido Paciente

Edid Villalba

INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 23.11.28
HORA: 15:37:58
PAGINA No: 1

Numero: 83585 Fecha Ex. 07/10/23 Hora 10:59
Nombre Paciente: 1082804236 CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA
Dirección: LA PORTADA Telefono:3114669989 Edad:15 A Sexo:0
Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY 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 los tejidos blandos del cuero cabelludo de la región parietal posterosuperior 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.
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.
Anotándose presencia de artefactos hiperdensos focales hacia el aspecto central endocraneo.

CONCLUSION
ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE:
Dentro de límites normales.

TAC DE COLUMNA CERVICAL (HASTA TRES ESPACIOS)

*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo la columna cervical.

HALLAZGOS:

Solamente se advierte barridos axiales.
A nivel de la unión cérvico-torácica se advierte el agujero Magno el atlas el arco anterior y posterior del mismo lado.
La articulaciones atloido odontodeas la odontoides la conformación y disposición de la odontoides sin alteraciones.
Los agujeros vertebro arteriales de toda la columna cervical con aspecto normal y simétrico.
Los cuerpos vertebrales observados en los planos axiales se advierten con morfología general contornos y disposición usuales.
Forámenes neurales amplios y libres.
Las láminas las apófisis espinosas las articulaciones interfacetarias no muestran cambios.
En las imágenes de reconstrucción con ventana para tejido blando la parte tercio medio superior de la columna cervical muestra el cordón medular con disposición central densidad homogénea contornos regulares.
Espacio subaracnoideo con características conservadas.
No disponemos de reconstrucciones multiplanares esenciales para poder determinar alturas de los cuerpos vertebrales alineamiento y disposición.
Alineamiento de la columna cervical y los diámetros del canal medular, así como una información clara del contenido del canal medular.

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 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

FECHA	: 07 DE OCTUBRE DEL 2023
NOMBRE	: CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA
ESTUDIO	: TAC DE CARA
CC.	: 1082804236

TAC DE CARA:

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.
El aspecto de la articulación temporo mandibular y las ramas ascendentes del maxilar inferior no muestran cambios, tampoco se advierten otras irregularidades de los segmentos del maxilar inferior aparentes en el estudio.

CONCLUSION:
ESCANOGRAFIA DE LA CARA:
Dentro de limites normales.

JORGE ENRIQUE ESPINEL TORRES
Radiólogo
Registro Medico No. 0448-3

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, 07/10/2023

Señores
Equidad
Ciudad Neiva

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

Yo Edid Villalba identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Danna Charry, con identificación No. 1082834236, 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 07/10/2023 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

Edid Villalba

HUELLA

Firma
Nombre: Edid Villalba
c.c. 26.552.406

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

HOSPITAL MIGUEL BARRETO LOPEZ
NIT. 813004018-1
CARRERA 6 N 4 - 56 (Tel:8488002)

Remisiones
202310070033 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Dia: 07 **Mes:** 10 **Año:** 2023 **No. Historia Clinica:** RC1082804236

Paciente (Datos Basicos)

Nombres y Apellidos DANNA SOFIA CHARRY VILLALBA

Documento de Identidad: TI 1082804236 **Genero:** Femenino **Edad:** 16/10/2006 - 14 Ano(s)

Dirección: LA PORTADA servicios en Neiva IDIME **Telefono:** 3114669989

Municipio: TELLO **Departamento:** Huila **Zona:** Urbana

Responsable del Usuario: EDITH VILLALBA

Aseguradora: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES **Regimen:** SOAT

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
07/10/2023	07/10/2023	URGENCIA.	MEDICO - RURAL
Modalidad de Solicitud		**Servicio al que se remite**	**Especialidad**
Remision		PEDIATRIA	PEDIATRIA

Remisión

Motivo: Nivel de competencia **Autorización:** XXX

Descripción:
PACIENTE ALERTA CONSCIENTE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS, LENGUAJE COMPRENSIVO, COLABORADORA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL AL TACTO. PUPILAS ISOCÓRICAS. NORMORREACTIVAS, ANICTÉRICAS, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN. CARDIOPULMONAR: TÓRAX, SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES INTERCOSTALES, NI CIRCULACIÓN COLATERAL, VIBRACIONES VOCALES SIMÉTRICAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, NO AUSCULTO SOPLOS, NI S3. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO SE IDENTIFICAN SOPLOS PERIUMBILICALES O MASAS ABDOMINALES. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SIGNOS DE FRACTURA. NEUROLOGICO SIN DEFICIT SENTIVIO NI MOTOR APARENTE, GLASGOW 15/15 ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS, SIN ANTECEDENTES CONOCIDOS ES TRAÍDA POR POLICÍA, EN CAMILLA, POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PARRILLERA, PACIENTE AL INGRESO CONFUSA, REFIERE CEFALEA HOLOCRANEANA INTENSA DE 8/10 DE INTENSIDAD EN ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR, NIEGA PLEJIAS, PARESIAS, PARESTESIAS, NIEGA ALTERACIONES VISUALES, EMESIS U OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, SIGNOS VITALES DE INGRESO: PA: 125/71 FC: 100 FR: 18 SO2: 98% PACIENTE ALERTA, CONSIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RECUERDA SINETICA DEL TRAUMA. ALGICA, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ, PACIENTE CON APERTURA OCULAR ESPONTANEA, LENGUAJE COHERENTE, OBEDECE ORDEN VERBALES. GLASGOW 15/15 CRANEO: PRESENTA EDEMA EN REGION OCCIPITAL CON ESTIGMA DE TRAUMA, SIN HERIDA ABIERTA, NO HUNDIMIENTOS, NO CREPITACION, NO SIGNOS DE FRACTURA. PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO LEVE, SIGNOS VITALES EN PARAMETROS NORMALES, ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, INICIO MANEJO ANALGESICO PARA EVALUAR RESPUESTA AL DOLOR, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILANCIA CONTINUA DE SIGNOS VITALES Y VALORACION NEUROLOGICA, SIN EMBARGO POR HALLAZGOS CLINICOS EN CRANEO AMERITA CONSULTA DE VALORACION PRIORITARIA POR PEDIATRIA PARA DESCARTAR HEMORRAGIA INTRACRANEANA ASOCIADA, SE INICIA PROCESO DE REMISION, EXPLICO CONDUCTAS, PACIENTE Y PADRE DICEN ENTENDER Y ACEPTAR.

Médico que Remite:

BIBIANA AVILA LASSO
MEDICO - RURAL
Cedula 1128463493
Registro Profesional

DX Principal : SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL **Código CIE:** T905

Nivel de Competencia

Nivel que Remite: I **Nivel al que Remite:** I

Hora Solicitud

Hora: 16 **Minutos:** 05

Hora Confirmación

Hora: 16 **Minutos:** 05

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): XXX

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

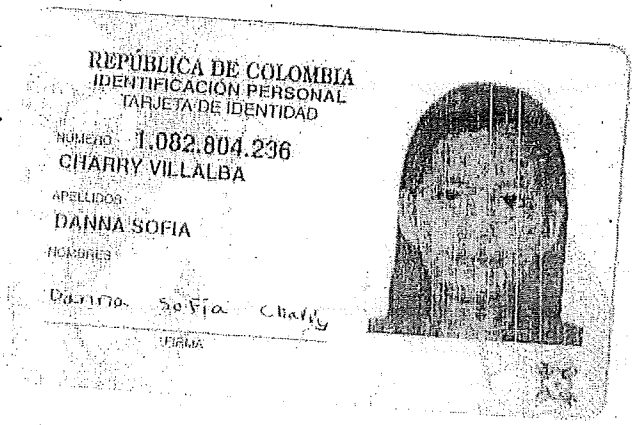
Hora: **Minutos:**

Nombre del Conductor: **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:

1004343715

KETTY XAYONARA REYES CARDOZO
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Registro Profesional 1004343715



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.082.804.236
CHARRY VILLALBA
APELLIDOS
DANNA SOFIA
NOMBRES
Danna Sofia Charry
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-2008
TELLO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-OCT-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
29-OCT-2015 TELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADURÍA NACIONAL
P-1082200-01283178-F-1082804236-20220223
0078295925A-1
2916512653

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1082802555
NOMBRES	MELANY ALEXANDRA
APELLIDOS	CHARRY VILLALBA
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
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

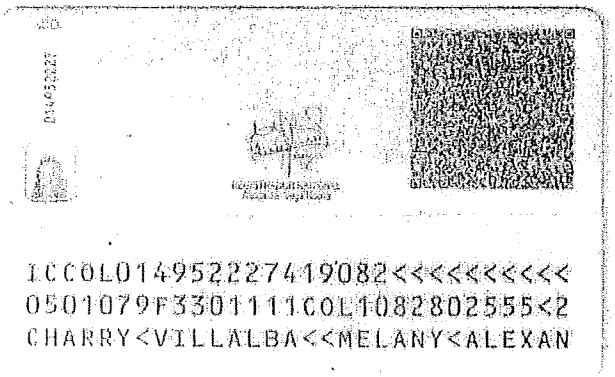
Fecha de Impresión:	11/30/2023 15:54:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

6


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.082.802.555
CHARRY VILLALBA
MELANY ALEXANDRA
COL
1.53
F
07 ENE 2005
O+
TELLO (HUILA)
11 ENE 2023 TELLO
11 ENE 2033
Melany Charry


I<COL0149522274190 82<<<<<<<<<<<
0501079F3301111COL1082802555<2
CHARRY<VILLALBA<<MELANY<ALEXAN

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	26552406
NOMBRES	EDID YANIRA
APELLIDOS	VILLALBA CASTAÑEDA
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
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/30/2023 15:53:17	**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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027706480

PLACA: KGV04G	MARCA: VICTORY	LINEA: ONE ST 110 SILVER	MODELO: 2023	
CILINDRAJE CC: 109	COLOR: NEGRO NEBULOSA		SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD KG-PAS: 2	
NUMERO DE MOTOR: 1P50FMHLM1021367	REG: N	VIN: 9GFPCH3S8PCL05924		
NUMERO DE SERIE: 9GFPCH3S8PCL05924	REG: N	NUMERO DE CHASIS: 9GFPCH3S8PCL05924	REG: N	

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): VILLALBA CASTAÑEDA EDIO YANIRA
IDENTIFICACION: C.C. 26552406

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE: 0
POTENCIA HP:

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902022000181872
DE: | FECHA IMPORT.: 02/11/2022 | PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRICULA: 15/11/2022
FECHA EXP. LIC. TTO.: 15/11/2022
FECHA VENCIMIENTO:

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LTD00207371Z

SOAT

equidad seguros

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE	HASTA
2022-11-11	2022-11-12	2023-11-11

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRADA	MODELO
609308-4300	KGV04G	MOTOS	PARTICULAR	109	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	VICTORY	

LÍNEA VEHICULAR	
ONE ST 110 SILVER	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
1P50FMHLM1021367	9GFPCH3S8PCL05924	9GFPCH3S8PCL05924	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VILLALBA CASTAÑEDA, EDID YANIRA	3145516045	CC	26552406	TELLO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD SUCURSAL EXPEDIENTE	CLASE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1501	0012	1201	0	NEIVA

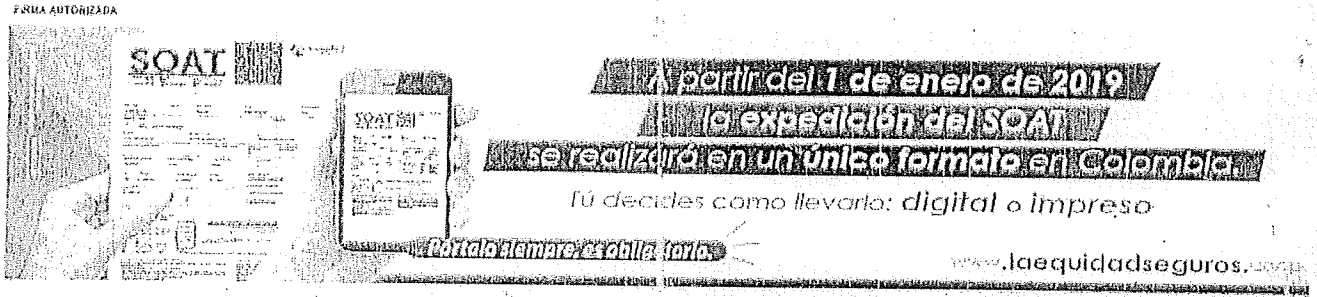
DÍAS	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT
120	$ 364900	$ 189700	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 556700

AMPAROS POR	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800	SALARIO
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	S
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	MÍNIMOS LEGALES
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10	DIARIOS

FIRMA AUTORIZADA



Sobre usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerda portar siempre su SOAT, los informantes de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza esta registrada en el RUNT.

•Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT agenda acarreo además inmovilización 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:

•La atención inicial debe ser brindada por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente, dispone que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud está para poder negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 168 Decreto Ley 19.676 de 2000) en razón contenido, debiendo ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los gastos iniciales, el cobro ante la compañía o el Fosyga le debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere aquilar a abogados.

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 e 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, al 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.

2

RUNT

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:	KGV04G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027706480	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	VICTORY	LÍNEA:	ONE ST 110 SILVER
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9GFPCH3S8PCL05924	NÚMERO DE MOTOR:	1P50FMHLM1021367
NÚMERO DE CHASIS:	9GFPCH3S8PCL05924	NÚMERO DE VIN:	9GFPCH3S8PCL05924
CILINDRAJE:	109	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	15/11/2022
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
8093084300	11/11/2022	12/11/2022	11/11/2023	120	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: 2024/01/22

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-FEC1-54901 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA

HISTORIA No. 1082804236

GLOSA No: ZGL-1-42970 **SINIESTRO:** 54901

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTE

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 683300.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 683300.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO REALIZADO AD TENGAN EN CUENTA QUE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TIENE DERECHO A ACCED SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIERA, ASI COMO " EL CONCEPTO DEL MEDICO TRATANTE ES EL PRINCIPAL CRITERIO Y ES PERSONA COMPETENTE PARA DECIDIR CUANDO ALGUEN REQUIERE UN SERVICIO DE SALUD; POR ESTAR CAPACITADO PARA DE BASE DE CRITERIOS CIENTIFICOS Y POR SER QUIEN CONOCE EL PACIENTE" ADEMAS LA SENTENCIA T 558 DE 2003 DEREC 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: SO1-21708- COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 579800.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

Recibido!
25 de Enero del 2024
20239242
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: 2024/01/22

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-FEC1-54901 fechada el dia 23.11.29 cuyo paciente es CHARRY VILLALBA DANNA SOFIA

HISTORIA No. 1082804236

GLOSA No: ZGL-1-42970 **SINIESTRO:** 54901

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-21706- SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 683300.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 683300.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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: SO1-21708- COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 579800.00
DOCUMENTO ANEXO:

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	579800.00	

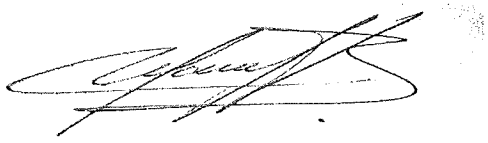
JUSTIFICACION:

999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE EL MEDICO TRATANTE CONSIDERO PERTINENTE LA TOMA DEL ESTUDIO 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.

Cordial saludo

VALOR TOTAL FACTURA:	2,300,258.00
VALOR GLOSADO :	1263100.00
ACEPTADO IPS :	0.00
VALOR REFUTADO:	1263100.00
ACEPTADO ASEGURADORA	0
CONCILIACION	0



MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

LEIDY NATALY OLAYA FIRIGUA
QUIEN RESPONDE

equidad seguros

LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

No. Egreso

No.	20228994	**No.**	182982	**Siniestro**	90725570	**No. Factura**	FEC154901		
Amparo	1 Gastos médicos	**Fecha siniestro**	07/10/2023	**Fecha aviso**	16/11/2023	**Fecha recepción**	27/12/2023		
Fecha formalización	27/12/2023	**Fecha liquidación**	16/01/2024	**Póliza**	809308430	**Vigencia**	12/11/2022	**hast**	11/11/2023
Id tomador	26552406	**Nombre tomador**							
Id beneficiario	800110181	**Nombre beneficiario**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Id accidentado	1082804236	**Nombre**	DANNA SOFIA CHARRY VILLALBA						
Id reclamante	800110181	**Nombre reclamante**	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA						
Diagnósticos	S109					**Ciuda**	NEIVA		

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Obj. Parcial	Liquidado
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	21701	CRANEO SIMPLE		100%	622,600	0	622,600
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	NO SE RECONOCE 21706 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA.	100%	683,300	683,300	0
1	21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	NO SE RECONOCE 21708 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS DESCRITOS QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA	100%	579,800	579,800	0
1	38124	HABITACIÓN DE CUATRO O MAS CAMAS		100%	218,400	0	218,400
1	77702	INSUMOS			6,300	0	6,300
1	77701	MEDICAMENTOS		100%	45,158	0	45,158

1001	**Cobrado**	**2,300,258**
1002	**Obj. Parcial**	**1,263,100**
1003	**Liquidado**	**1,037,158**

Liquidación:	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
ALEJANDRA.ESCOBAR			DRA. CLAUDIA MORENO.

RECIBIDO 17 ENE 2024

NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN
Coordinadora Seguros de Vida
La Equidad Seguros Generales O.C.

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

- Concurre 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 respetivos 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	54771	8,105,991,400	$1,769,300	$729,500
2	54811	108,004,238,215,000	$804,976	$9,400
3	54232	8,101,888,700	$3,601,544	$3,601,544
4	54233	8,101,888,700	$8,126,300	$342,626
5	54267	8,118,155,600	$456,892	$125,600
6	54284	8,112,506,300	$1,925,458	$1,332,708
7	54738	8,112,957,700	$680,524	$188,000
8	54739	8,112,957,700	$6,732,310	$110,200
9	54859	8,111,637,700	$1,885,258	$9,400
10	54895	8,097,727,100	$1,151,994	$31,382
11	54896	8,104,757,100	$553,700	$9,400
12	54911	8,109,753,800	$10,634,460	$1,268,100
13	54975	8,097,877,400	$638,035	$9,400
14	55088	8,107,028,800	$1,601,992	$1,292,192
15	55128	8,099,945,200	$1,010,974	$166,700
16	55160	8,112,489,900	$1,537,016	$726,792
17	54432	8,094,813,000	$1,576,756	$116,412
18	54637	8,087,775,500	$581,069	$16,274
19	54638	8,087,775,500	$4,776,424	$281,200
20	54639	8,087,775,500	$3,339,308	$311,500
21	54901	8,093,084,300	$2,300,258	$1,263,100

TOTAL.....$11.941.430

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. $ 729,500 saldo insoluto de la **factura No. 54771,** presentada para su pago el **14/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (15/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

2. $ 9,400 saldo insoluto de la **factura No. 54811,** presentada para su pago el **14/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (15/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

3. $ 3,601,544 saldo insoluto de la **factura No. 54232,** presentada para su pago el **21/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

4. $ 342,626 saldo insoluto de la **factura No. 54233,** presentada para su pago el **21/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

5. $ 125,600 saldo insoluto de la **factura No. 54267**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

6. $ 1,332,708 saldo insoluto de la **factura No. 54284**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

7. $ 188,000 saldo insoluto de la **factura No. 54738**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

8. $ 110,200 saldo insoluto de la **factura No. 54739**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

9. $ 9,400 saldo insoluto de la **factura No. 54859**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

10. $ 31,382 saldo insoluto de la **factura No. 54895**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

11. $ 9,400 saldo insoluto de la **factura No. 54896**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

12. $ 1,268,100 saldo insoluto de la **factura No. 54911**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

13. $ 9,400 saldo insoluto de la **factura No. 54975**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

14. $ 1,292,192 saldo insoluto de la **factura No. 55088**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

15. $ 166,700 saldo insoluto de la **factura No. 55128**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

16. $ 726,792 saldo insoluto de la **factura No. 55160**, presentada para su pago el **21/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (22/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

17. $ 116,412 saldo insoluto de la **factura No. 54432**, presentada para su pago el **27/12/2023**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

18. $ 16,274 saldo insoluto de la **factura No. 54637,** presentada para su pago el **27/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

19. $ 281,200 saldo insoluto de la **factura No. 54638,** presentada para su pago el **27/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

20. $ 311,500 saldo insoluto de la **factura No. 54639,** presentada para su pago el **27/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/01/2024) y hasta que se verifique su pago.

21. $ 1,263,100 saldo insoluto de la **factura No. 54901,** presentada para su pago el **27/12/2023,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28/01/2024) 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 2015compilado 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 seguradora, 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 realizo 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 articulo 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 **21** 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 1°. 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 Multiples 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. 12° 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 $14.688.267** correspondientes a **$11.941.430 de capital y $2.746.837 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.

Outlook

PODER CLINICA FRACTURA VS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO 54771-54901

Desde contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>
Fecha Vie 8/11/2024 5:30 PM
Para mireyasanchezt@hotmail.com <mireyasanchezt@hotmail.com>

1 archivo adjunto (148 KB)
PODER 54771-54901.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. 54771-54901, 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. **54771, 54811, 54232, 54233, 54267, 54284, 54738, 54739, 54859, 54895, 54896, 54911, 54975, 55088, 55128, 55160, 54432, 54637, 54638, 54639, 54901**, Correspondiente a los servicios médicos hospitalarios solicitados y prestados a sus afiliados y también en cumplimento 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 POLANIA 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	54771-54901
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
2024-01-15	2024-01-15	0	34,98	729.500,00	729.500,00	0,00	729.500,00	0,00	0,00	729.500,00	0,00	0,00	0,00
2024-01-15	2024-01-15	1	34,98	9.400,00	738.900,00	607,48	739.507,48	0,00	607,48	739.507,48	0,00	0,00	0,00
2024-01-16	2024-01-21	6	34,98	0,00	738.900,00	3.644,86	742.544,86	0,00	4.252,34	743.152,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	31.382,00	770.282,00	0,00	770.282,00	0,00	4.252,34	774.534,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	1	34,98	9.400,00	779.682,00	641,00	780.323,00	0,00	4.893,34	784.575,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	1.268.100,00	2.047.782,00	0,00	2.047.782,00	0,00	4.893,34	2.052.675,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	9.400,00	2.057.182,00	0,00	2.057.182,00	0,00	4.893,34	2.062.075,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	1.292.192,00	3.349.374,00	0,00	3.349.374,00	0,00	4.893,34	3.354.267,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	166.700,00	3.516.074,00	0,00	3.516.074,00	0,00	4.893,34	3.520.967,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	726.792,00	4.242.866,00	0,00	4.242.866,00	0,00	4.893,34	4.247.759,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	3.601.544,00	7.844.410,00	0,00	7.844.410,00	0,00	4.893,34	7.849.303,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	342.626,00	8.187.036,00	0,00	8.187.036,00	0,00	4.893,34	8.191.929,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	125.600,00	8.312.636,00	0,00	8.312.636,00	0,00	4.893,34	8.317.529,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	1.332.708,00	9.645.344,00	0,00	9.645.344,00	0,00	4.893,34	9.650.237,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	188.000,00	9.833.344,00	0,00	9.833.344,00	0,00	4.893,34	9.838.237,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	110.200,00	9.943.544,00	0,00	9.943.544,00	0,00	4.893,34	9.948.437,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-22	2024-01-22	0	34,98	9.400,00	9.952.944,00	0,00	9.952.944,00	0,00	4.893,34	9.957.837,34	0,00	0,00	0,00
2024-01-23	2024-01-27	5	34,98	0,00	9.952.944,00	40.913,38	9.993.857,38	0,00	45.806,72	9.998.750,72	0,00	0,00	0,00
2024-01-28	2024-01-28	0	34,98	116.412,00	10.069.356,00	0,00	10.069.356,00	0,00	45.806,72	10.115.162,72	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	54771-54901
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
2024-01-28	2024-01-28	1	34,98	16.274,00	10.085.630,00	8.291,76	10.093.921,76	0,00	54.098,48	10.139.728,48	0,00	0,00	0,00
2024-01-28	2024-01-28	0	34,98	281.200,00	10.366.830,00	0,00	10.366.830,00	0,00	54.098,48	10.420.928,48	0,00	0,00	0,00
2024-01-28	2024-01-28	0	34,98	311.500,00	10.678.330,00	0,00	10.678.330,00	0,00	54.098,48	10.732.428,48	0,00	0,00	0,00
2024-01-28	2024-01-28	0	34,98	1.263.100,00	11.941.430,00	0,00	11.941.430,00	0,00	54.098,48	11.995.528,48	0,00	0,00	0,00
2024-01-29	2024-01-31	3	34,98	0,00	11.941.430,00	29.452,45	11.970.882,45	0,00	83.550,93	12.024.980,93	0,00	0,00	0,00
2024-02-01	2024-02-29	29	34,97	0,00	11.941.430,00	284.601,45	12.226.031,45	0,00	368.152,38	12.309.582,38	0,00	0,00	0,00
2024-03-01	2024-03-31	31	33,30	0,00	11.941.430,00	291.629,43	12.233.059,43	0,00	659.781,81	12.601.211,81	0,00	0,00	0,00
2024-04-01	2024-04-30	30	33,09	0,00	11.941.430,00	280.673,37	12.222.103,37	0,00	940.455,19	12.881.885,19	0,00	0,00	0,00
2024-05-01	2024-05-31	31	31,53	0,00	11.941.430,00	278.061,88	12.219.491,88	0,00	1.218.517,06	13.159.947,06	0,00	0,00	0,00
2024-06-01	2024-06-30	30	30,84	0,00	11.941.430,00	263.925,91	12.205.355,91	0,00	1.482.442,97	13.423.872,97	0,00	0,00	0,00
2024-07-01	2024-07-31	31	29,49	0,00	11.941.430,00	262.196,98	12.203.626,98	0,00	1.744.639,95	13.686.069,95	0,00	0,00	0,00
2024-08-01	2024-08-31	31	29,21	0,00	11.941.430,00	259.960,74	12.201.390,74	0,00	2.004.600,69	13.946.030,69	0,00	0,00	0,00
2024-09-01	2024-09-30	30	28,85	0,00	11.941.430,00	248.834,49	12.190.264,49	0,00	2.253.435,19	14.194.865,19	0,00	0,00	0,00
2024-10-01	2024-10-31	31	28,17	0,00	11.941.430,00	251.798,08	12.193.228,08	0,00	2.505.233,27	14.446.663,27	0,00	0,00	0,00
2024-11-01	2024-11-30	30	27,90	0,00	11.941.430,00	241.604,40	12.183.034,40	0,00	2.746.837,67	14.688.267,67	0,00	0,00	0,00

TIPO	Liquidación de intereses moratorios
PROCESO	54771-54901
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA
DEMANDADO	EQUIDAD SEGUROS
TASA APLICADA	((1+TasaEfectiva)^(Períodos/DíasPeríodo))-1

RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	$11.941.430,00
SALDO INTERESES	$2.746.837,67

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	**$14.688.267,67**

INFORMACION ADICIONAL

TOTAL ABONOS	$0,00
SALDO A FAVOR	$0,00

OBSERVACIONES

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS



Cámara de Comercio del Huila

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 explotacion de la actividad medica, humana, como el de consulta, hospitalizacion, cirugia,

primeros auxilios, la compra, venta y distribucion de droga medica, compra y venta de mercancias 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 asociacion 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 relacion 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	CC. 19226380
Nro. Cuotas 67	Valor $ 2.010.000,00
FRANCISCO HERNANDO GARCIA RAMIREZ	CC. 4951502
Nro. Cuotas 134	Valor $ 4.020.000,00
VERONICA TEODOLINDA GONZALEZ ZABALA	CC. 51633089
Nro. Cuotas 67	Valor $ 2.010.000,00
MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS	CC. 55151445
Nro. Cuotas 134	Valor $ 4.020.000,00
Totales	
Nro. Cuotas: 402	Valor: $ 12.060.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

Representacion legal: La sociedad tendra un gerente de libre nombramiento y remocion de la junta general de socios, el cual tendra un subgerente que lo reemplazara en sus faltas absolutas, temporales o accidentales y cuya designacion y remocion correspondera tambien 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 tendra las siguientes funciones: A) usar de la firma o razon social; b) designar al secretario de la compañia, que lo sera tambien de la junta general de socios; c) designar los empleados que requiera el normal funcionamiento de la compañia y señalarles su remuneracion, 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 gestion a la junta general de socios en sus reuniones ordinarias y el balance general de fin de ejercicio con un

proyecto de distribucion 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 asi lo autorice la junta general de socios, y de la clausula compromisoria que en los estatutos se pacta; y g) constituir los apoderados judiciales necesarios para la defensa de los intereses sociales. Paragrafo: El gerente requerira autorizacion previa de la junta general de socios para la ejecucion de todo acto o contrato que exceda de quinientos treinta (530) salarios minimos 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 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

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 CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

Cámara de Comercio del Huila

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

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

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 ELECTRONICO: NOTIFICACIONESJUDICIALESLAEQUIDAD@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

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

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

| 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

| 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

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

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

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

gerencia. El uso de la razon social de la compañia y su representacion legal y administrativa estaran a cargo de un gerente que podra tener uno o varios suplentes, quienes remplazaran 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 personeria de la empresa y su administracion con las mas 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

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	INSCRIPCIÓN
*) Acta No. 1 del 08 de marzo de 2018 de la Reunion Extraordinaria Asamblea De Accionistas	50015 del 15 de marzo de 2018 del libro IX

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

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 *****